

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

E agora quem cuida de nós?
- O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
como facilitador do processo de luto do cuidador
principal

Ana Catarina Andrade Abreu

Lisboa
2018

A decorative graphic in the bottom right corner featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

E agora quem cuida de nós?

**- O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
como facilitador do processo de luto do cuidador
principal**

Ana Catarina Andrade Abreu

Orientador: Prof. Doutora Ana Melo

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“À imagem da cicatrização de uma ferida do corpo,
o luto é a cicatrização da ferida do coração.”

Fauré, sd

AGRADECIMENTOS

Chegada ao fim desta etapa, o início de um novo caminho, quero deixar expresso o meu sentimento de gratidão para com todos os que de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, pois
“A gratidão é a memória do coração.” Antístenes

Quero agradecer particularmente...

À Professora Doutora Ana Melo, minha orientadora, pelo apoio, compreensão, disponibilidade e persistência... por acreditar e potencializar as minhas capacidades ao longo das etapas deste percurso!

Aos enfermeiros: Tânia Quintal, Ricardo Fernandes e André Mendes, orientadores clínicos, assim como às equipas de enfermagem que me receberam, por todos os momentos de aprendizagem e partilha de conhecimentos, pelo empenho e envolvimento no desenvolvimento do meu projeto!

À equipa de enfermagem do Serviço de Neurocirurgia, pela amizade e apoio demonstrado!

Aos colegas de curso, por este período de caminhada conjunta...pelos bons momentos passados juntos, pela amizade e apoio que guardarei para sempre na memória do meu coração!

A todos os meus amigos, que apesar da distância e do afastamento, sempre me incentivaram, demonstrando compreensão!

À minha família, pelo apoio, carinho, amor, por continuarem a acreditar em mim e pela compreensão demonstrada nos momentos de ausência!

Ao Márcio Matos, meu namorado e amor da minha vida, por todo o amor, carinho, estímulo e ajuda! Pela presença incondicional na minha vida! Por acreditar em mim!

Por fim, mas não menos importante aos utentes e suas famílias que tive oportunidade de acompanhar, sem eles não tinha sido possível a realização deste projeto.

A todos e a cada um em particular, o meu sincero

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS

CESMP- Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CMEESMP- Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

EAPC- European Association of Palliative Care

EEMC- Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica

EER- Enfermeiro Especialista em Reabilitação

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

MGF – Medicina Geral e Familiar

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RAM- Região Autónoma da Madeira

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SESARAM,EPE- Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

O luto é um processo idiossincrático através do qual o indivíduo e família/cuidador principal, assimilam a realidade da perda, real ou simbólica, tentando encontrar uma forma de a integrar em suas vidas.

Neste sentido, o EESM assume um papel preponderante na deteção do curso normal da integração da perda, desenvolvendo intervenções facilitadoras desse processo, de forma a prevenir situações de complicação e psicopatologização do luto. Ajudar as pessoas em processo de luto implica facilitar a expressão de sentimentos e emoções relacionados com a perda, propiciando uma adaptação à mesma e a possibilidade de, integrando-a, encontrar sentido para a vida.

Constituiu-se como objetivos deste projeto: desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica e em processo de luto associado à perda simbólica na doença mental.

As intervenções de enfermagem tiveram por base o modelo teórico de Betty Neuman, por abranger uma panóplia de situações de enfermagem e oferecer flexibilidade para compreender a perda e o luto como *stressors* na homeostasia do sistema (indivíduo/família/cuidador) e clarificar a evidência científica na temática em estudo.

Este relatório é assim, o culminar do percurso realizado tendo por base uma praxis especializada, com vista ao desenvolvimento de competências enquanto EESM. O estágio dividiu-se em três contextos: uma UCP numa Região Autónoma de Portugal, outra da grande Lisboa, e um Centro de Saúde da RAM. Este está sustentado numa abordagem qualitativa, tratando-se de um relatório de carácter reflexivo com recurso à metodologia descritiva

Palavras-chave: Familiares, doença oncológica, luto/perda, intervenções de enfermagem, saúde mental;

ABSTRACT

Grief is an idiosyncratic process through which the individual and family/caregiver assimilate the reality of real or symbolic loss, trying to find a way to integrate it into their lives.

In this sense, the Mental Health Nurse Specialist assumes a preponderant role in detecting the normal integration course of the loss, developing interventions that facilitate this process, to prevent circumstances of complication and to avoid the psychopathology of grief. Helping persons in the process of grief implies facilitating the expression of feelings and emotions related to the loss, providing the possibility of integrating it through new grounds, by finding meaning in life.

The objective of this project is: to develop specialized skills in the area of Mental Health and Psychiatry as to facilitate the grieving process of family members / primary caregivers of persons with oncological disease and in the process of grief associated with the symbolic loss in mental illness.

Nursing interventions were based on Betty Neuman's theoretical model, since it encompasses a wide range of nursing situations and offers flexibility to understand loss and grief as *stressors* in the homeostasis of the system (individual / family / caregiver) and provides clarification as to the scientific evidence in this study.

This report is thus the culmination of the course undertaken based on a specialized praxis aimed at developing a set of competences as a Mental Health Nurse Specialist. The internship was divided into three contexts: a palliative care unit in the Autonomous Region of Portugal, another in Greater Lisbon, and a Health Center in the Autonomous Region of Madeira. This is based on a qualitative approach, being a report of a reflexive nature using the descriptive methodology.

Key words: Family, oncological disease, grief / loss, nursing interventions, mental health;

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 14 |
| 1.1 Modelo teórico- Teoria de Sistemas de Betty Neuman | 14 |
| 1.2. A Doença Oncológica: consequências na pessoa doente e na família/cuidador principal..... | 15 |
| 1.3. A experiência da perda e o processo de luto | 16 |
| 1.3.1 Modalidades do processo de luto | 18 |
| 1.4. Luto integrado vs luto complicado..... | 18 |
| 1.5. Mediadores do processo de luto | 20 |
| 1.6 O sofrimento da pessoa com doença mental | 20 |
| 1.7 Intervenção do EESM como facilitador do processo de luto | 21 |
| 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO | 23 |
| 2.1. Percurso realizado- justificação e caracterização dos locais de estágio | 24 |
| 2.2. Percurso realizado: consecução dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas | 27 |
| 2.2.1. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica..... | 27 |
| 2.2.2. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença mental, associado à perda simbólica. | 41 |
| 2.3 Reflexão sobre o desenvolvimento de competências EESM | 54 |
| CONCLUSÃO..... | 58 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |

Apêndices

Apêndice I- Cronograma de estágio

Apêndice II- Relatório de aprendizagem 3º Curso de Cuidados Paliativos

Apêndice III- Entrevista EESM

Apêndice IV- Folheto do luto

Apêndice V- Carta de Condolências

Apêndice VI- Plano da sessão de Formação “A morte e o processo de Luto”

Apêndice VII-Diapositivos da Formação em serviço “A morte e o processo de luto”

Apêndice VIII- Planeamento e relatório de sessão de âmbito psicoterapêutico

Anexos

Anexo I-Certificado Frequência do Curso básico de Cuidados Paliativos

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Representação esquemática do sistema da cliente de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. | 49 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

Atualmente estudos epidemiológicos confirmam que as doenças oncológicas têm vindo a aumentar ao longo dos anos, sendo “uma doença do futuro e (do presente)” DGS (2016 p. 7), originando uma ameaça à saúde e à vida dos clientes (indivíduo e família). Desde logo, as famílias são confrontadas com diversas perdas, advindas do acometimento da doença, assumindo um duplo papel, cuidadores e potenciais doentes, pois também elas vivenciam e experienciam sentimentos de angústia, inerentes ao processo de doença do seu ente querido (Albuquerque e Cabral, 2015).

Esta experiência dos familiares durante todo o processo de doença e no final da vida tem influência na resposta após a perda e têm efeitos únicos sobre o processo de luto (Toftthagen, Kip, Witt e McMillan, 2017). Este processo, na perspetiva de Barbosa (2016), “põe em marcha reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais.” (p.1)

A Saúde Mental, enquanto especialidade, “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais” (OE, 2010 p.1). Pretende-se deste modo que o EESM esteja capacitado para a intervenção em situações de elevada complexidade, conseguindo dar resposta às diferentes necessidades da pessoa a quem presta cuidados de forma eficaz, tendo em conta as múltiplas variáveis da pessoa.

Neste sentido revela-se preponderante a intervenção do EESM no contexto de processo de luto/perda, no sentido de dar apoio e encorajar nesta etapa *stressora*. O EESM terá de estar desperto para facilitar a adaptação à mudança provocada pela perda e o retomar à vida “normal” integrando a perda no quotidiano, intervindo no sentido de evitar o desenvolvimento de problemas psicológicos graves e identificando os indivíduos em risco de desenvolver processos de luto complicado (Moris e Block, 2015).

Sou enfermeira há 13 anos no serviço de Neurocirurgia/Oftalmologia e frequentemente sou confrontada com pessoas portadoras de doença oncológica e as suas famílias em situações complexas. As dificuldades vivenciadas ao longo destes

anos de experiência profissional na abordagem às famílias, bem como o sentimento percebido de “abandono” destas, após a morte dos seus entes queridos ressoaram no meu ser, pensar e estar na enfermagem. É assim irrefutável o meu interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências enquanto EESM que me permitam apoiar e acompanhar as famílias ao longo do processo de doença dos seus entes queridos, não sendo uma escolha de todo inócua, mas o resultado de uma panóplia de vivências.

A natureza do presente relatório surge integrada na Unidade Curricular Estágio com relatório do 3º semestre do 8º CMEESMP. Versa sobre o percurso de aprendizagem realizado, como forma de concretização do projeto de estágio “E agora quem cuida de nós?- O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental como facilitador do processo de luto do cuidador principal”, elaborado no semestre anterior. Neste foram delineados dois objetivos no âmbito das competências do EESM -Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica e Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença mental, associado à perda simbólica.

Trata-se de um relatório de carácter reflexivo com recurso à metodologia descritiva, reunindo todos os aspetos que valorizei como sendo importantes no meu processo de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional. Tem como fito analisar o contributo da prática realizada nos diferentes contextos clínicos na aquisição e desenvolvimento de competências de EESM, definidas pela OE e patenteadas no Regulamento nº 129/2011, de 18 de Fevereiro.

Para nortear este trabalho, e de acordo com a problemática em estudo, escolhi uma teórica de enfermagem que o sustentasse da melhor forma. De acordo com Reed (2003), a compreensão do processo de luto em enfermagem só pode ser apoiado num modelo teórico e holístico, que ofereça flexibilidade para perceber os comportamentos relacionados com esta experiência. Assim, uma vez que a perda e o luto podem ser encarados como *stressors* no sistema do indivíduo e da família, basear-me-ei no modelo teórico de Betty Neuman. No que diz respeito ao processo de luto irei apoiar-me no modelo da tripla integração desenvolvido por Barbosa (2010a).

No que concerne à edificação deste relatório, este encontra-se dividido em dois capítulos, um que contempla o quadro conceptual e outro onde apresentarei a metodologia utilizada com descrição das atividades desenvolvidas nos contextos comunitário e hospitalar, seguindo-se a reflexão acerca das competências adquiridas e, posteriormente, as conclusões, com referência às limitações/ dificuldades sentidas.

A bibliografia que consolidou o conteúdo do presente trabalho resultou da pesquisa da documentação mais fidedigna e rigorosa possível, proveniente de diversas fontes literárias. A pesquisa documental em suporte de papel foi realizada tendo em conta a idoneidade científica, a pesquisa eletrónica foi realizada nas seguintes bases de dados: Google Académico, B-ON, PubMed e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no período de 2006 a 2017. No motor de busca EBSCO, foram utilizadas as bases de dados CINAHL e MEDLINE, com as palavras-chave: Grief; complicated grief; family; oncology; mental health; nurse intervention, tendo como alicerce a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais as intervenções do EESM que facilitam o processo de luto dos familiares: da pessoa com doença oncológica e da pessoa com doença mental?

Os artigos encontrados foram sujeitos a critérios de seleção a fim de aferir a sua qualidade e aplicabilidade ao tema. Foram aplicados os seguintes operadores booleanos MEDLINE: Grief or complicated grief and family or caregivers and mental health; CINAHL: grief or complicated grief or bereavement and nursing interventions or counseling. Obtive um total de 11 artigos, com leitura integral de 6 artigos.

Os estudos revistos evidenciam a importância do desenvolvimento de protocolos de atuação nos processos de luto por profissionais da área da Saúde Mental, uma vez que estes estão capacitados para avaliar, diagnosticar e intervir: estabelecendo pontes, gerindo conflitos e emoções, identificando e encaminhando situações de risco; potenciando e promovendo fatores de proteção da saúde mental em situações de sofrimento total.

Este trabalho foi estruturado tendo por base o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2017– Norma APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Modelo teórico- Teoria de Sistemas de Betty Neuman

O modelo de Sistemas de Betty Neuman de acordo com Neuman e Fawcett, (2011) é um modelo abrangente e tem por base a teoria geral dos sistemas. Encara o indivíduo como um ser holístico definindo-o como um sistema único, aberto, dinâmico, em constante interação com as forças ambientais internas e externas, ou *stressors*, tendo em conta as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Neuman e Fawcett, 2011).

O sistema do cliente em interação com o meio ambiente delinea o domínio das preocupações da enfermagem. É composto de fatores comuns conhecidos ou características inatas contidas dentro de uma estrutura básica, *core*, circundada por anéis protetores concêntricos: a linha de defesa normal, flexível de defesa e as linhas de resistência. A homeostasia do sistema, está diretamente dependente da forma como este interage com o ambiente (Neuman e Fawcett, 2011).

O luto/perda é conhecido como um processo dinâmico, não linear, complexo pela flutuação de emoções, pensamentos e comportamentos, cujo objetivo, é o desenvolvimento de uma nova realidade sem o objeto perdido. Reed (2003) Este constitui, deste modo um *stressor* no *core* do indivíduo/sistema e as consequências correspondem ao processo de reconstituição.

Nesta problemática específica, é importante analisar e perceber, de que forma o percurso da doença oncológica se apresenta como um *stressor* para o sistema do cuidador principal, causando alterações na sua dinâmica e homeostasia. Que fatores internos e externos podem contribuir enquanto *stressors* no processo de luto normal no sistema do cuidador principal? Que recursos internos dos cuidadores devem ser destacados e trabalhados, como forma de fortalecer as suas linhas de resistência para prevenir o luto complicado? De que forma pode o EESM intervir com os cuidadores principais, de acordo com os *stressors* identificados e com os seus recursos internos, de forma a fortalecerem a linha flexível de defesa? Estas são algumas das questões que poderão orientar a análise desta problemática à luz desta autora.

1.2. A Doença Oncológica: consequências na pessoa doente e na família/cuidador principal

A doença oncológica é atualmente vista como uma doença crónica que constitui um dos principais problemas de saúde em Portugal, estando associada a mortalidade e morbilidade crescentes (DGS, 2016).

A relação existente entre a doença oncológica e a saúde mental é peculiar, pois o diagnóstico de uma doença oncológica conduz a várias perdas e crises, colocando as pessoas envolvidas, sujeitas a processos de adaptação contínuos (Moreira e Branco, 2015). Desta forma, o diagnóstico de doença oncológica, constitui uma fonte de grande *stress*, onde todo “eu” é abalado e a dinâmica alterada, o futuro condicionado e consequentemente a saúde mental de todos fica em risco.

Apesar de acometer sempre uma pessoa concreta não se limita apenas à mesma, mas tem repercussões múltiplas, físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas, na pessoa e na respetiva família, seu principal suporte (Nave e Moura, 2015; Moreira e Branco, 2015).

Ser então cuidador de uma pessoa com doença oncológica, conduz a uma panóplia de crises, colocando à prova a capacidade de adaptação às novas tarefas exigentes e complexas, que irão se repercutir no quotidiano e na rotina da família, em suma no bem-estar e na qualidade de vida (Moreira e Branco, 2015). A doença oncológica é acompanhada por medos, receios, ansiedade e sofrimento de todos os membros da família. Importa deste modo, definir o conceito de cuidador, que pode entender-se como “a pessoa que mais proximamente acompanhou e viveu todo o processo” (Pazes, Nunes, e Barbosa, 2014, p. 96).

Na génese de todos os sentimentos e emoções relacionados com a doença oncológica, está associado o conceito percebido e sentido de ameaça ao percurso normal da vida, confrontando as pessoas com o fim, com a efemeridade da existência humana, a morte. A vida humana é inexoravelmente finita.

A morte é algo que está sempre patente ao longo da vida, porém concomitantemente negada, na busca de menor sofrimento e angústia enquanto se vive (Pazes, *et al* 2014). É uma etapa complexa e peculiar, na ótica destes autores, pois é revestida de sofrimento quer da pessoa que vive o processo de morrer, quer os que lhe são mais próximos. De acordo com Hatano, *et al.* (2017) e Zhang, Jawahri e

Prigerson (2006), perder um ente querido é um dos eventos mais stressantes e traumáticos da vida, podendo a angústia emocional começar mesmo antes da morte, pois há desde cedo por parte das famílias a perda do controle, papéis, relacionamentos e de um sentido do futuro enquanto família.

1.3. A experiência da perda e o processo de luto

Na vida, vamos experienciando múltiplas perdas, algumas mais significativas que outras. Estas podem ser reais (perda de pessoa, animal ou objeto querido) ou simbólicas (perda de um ideal, expectativa, potencialidade), de acordo com Barbosa (2016).

O conceito de perda tem sido por vezes limitado aos domínios da morte e luto, contudo os familiares de pessoas com doença mental, também podem sofrer um grau profundo de perda (Baker e Procter, 2014). A perda simbólica do familiar imaginado e/ou prévio à doença mental, representa uma ameaça para à saúde física e mental, bem como ao bem-estar de toda a família. Boss (1999) elucidou este tipo de perdas, como perdas ambíguas, sendo muito stressantes e uma das mais devastadoras, pois não há muitas vezes a certeza da presença ou ausência da pessoa. Os familiares percebem a pessoa como “fisicamente presente, mas psicologicamente ausente” (p.9). É uma forma de luto que não é valorizado e reconhecido, é uma perda que não é socialmente apoiada ou publicamente expressa (Presa, 2014).

Indubitavelmente as doenças de curso prolongado ou irreversível são acompanhadas, também elas, de diversas perdas para o próprio e família, como referido anteriormente, conduzindo a sofrimento e a processos de luto, algumas vezes complicados (Barbosa, 2015). Não há forma de quantificar “(...) qual o processo mais doloroso, se o cuidar de uma pessoa querida em processo de doença em fase terminal ou se o vivenciar a sua perda.” (Pazes, *et al* 2014 p.96).

O luto é assim um processo idiossincrático através do qual a família, amigos e pessoas significativas, assimilam a realidade da sua perda, tentando encontrar uma forma de viverem sem a presença física da pessoa falecida. Constituí uma forma de resiliência humana e, como tal, permite que a maioria das pessoas se adapte satisfatoriamente à ocorrência da perda (Coelho *et al* 2015). Contudo Nave (2013)

adverte, que o luto constitui uma das maiores crises pessoais e que pode trazer consequências a curto e longo prazo.

O processo de luto pode ser compreendido como um processo dinâmico e multidimensional, que assenta na premissa tempo. É um acontecimento único e universal, pois é vivenciado por todos os seres que experienciam emoções e é único porque cada pessoa vive o seu processo de luto de forma diferente (Townsend, 2011; Barreto, Torre e Pérez-Marín, 2012; Barbosa, 2016). Para Carqueja (2017), “o processo de luto significa não só a perda de um ente querido, mas também um sentimento de perda do *self*.” (p. 66)

Diversos têm sido os estudos meticulosos sobre o processo de luto, descrevendo-o tendo subjacente diversos modelos (psicodinâmico, cognitivo-comportamental; psicossocial; sociológico, sistémico familiar, etológico) (Barbosa, 2016). Todos estes estudos partiram da premissa de compreender o processo luto a partir das suas fases e/ou tarefas, contudo Worden (2009) afirma que as tarefas do luto que não são terminadas podem constituir obstáculo ao crescimento e desenvolvimento.

Em cada uma destas fases, é procurado retratar um processo complexo que envolve, conjuntamente, aspetos emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais e espirituais (Barbosa, 2016).

No modelo da Tripla Integração, são descritos três fases principais de manifestação no processo de luto [I- Choque/negação; II- Desorganização/integração; III- Reformulação/reorganização], três tarefas [aceitação e compreensão da perda; adaptação criativa à vida e aquisição de significado], três objetivos [interiorização (reposicionamento do objeto); Investimento (redefinição de tarefas); Identidade (redescoberta de sentido)], por fim, são descritas também três abordagens necessárias em direção às tarefas e objetivos [revisitar, reconectar e reintegrar] (Barbosa, 2016).

Estas mesmas fases do processo de luto são transversais aos diferentes tipos de lutos, incluindo os processos de luto em que a morte não ocorreu, nomeadamente no luto preparatório e no luto antecipatório.

1.3.1 Modalidades do processo de luto

Na presença de uma pessoa com doença avançada, progressiva e incurável, os profissionais são confrontados com uma panóplia de vivências inerentes ao luto, em que não ocorreu a morte, mas é previsível a curto prazo (Barbosa, 2016).

Existem assim processos de luto “especiais”, de acordo com o mesmo autor, especiais por não ter ocorrido ainda a morte, são eles:

Luto preparatório – que diz respeito à pessoa com doença em fim de vida que se prepara para a separação com o mundo, há uma espécie de “retirada” afetiva para com os familiares e amigos;

Luto antecipatório – familiares, amigos e pessoas significativas assumem antecipadamente o papel de enlutados, elaborando algumas mudanças emocionais associadas à morte previsível de outrem; latente – reações tardias que surgem demasiado tempo após a perda, deixando geralmente uma marca indelével na pessoa e que se pode reativar em qualquer outra altura ou contexto de outras perdas significativas.

Estes dois tipos de luto, são lutos considerados normais de acordo com Barbosa (2010), concorrendo para o luto integrado.

1.4. Luto integrado vs luto complicado

Apesar de a morte ser um acontecimento traumático e angustiante, Barbosa (2016), refere que o processo de luto após a perda do familiar querido, “ faz com que o enlutado (...), possa emergir, renascido e transformado para a vida”, p. 65. Coelho, *et al* (2015) assevera que apesar da condição física e trauma emocional a que os familiares são expostos no momento da morte, podem realmente lidar suficientemente bem para recuperar níveis de funcionamento. A este processo de luto, Barbosa (2016) denomina luto integrado e que deve incorporar sete critérios: irreversibilidade assumida, alusividade sintónica, existência fluída, ressonância significativa, legado incorporado, conexão tranquila e recordação valorativa. Segundo a perspetiva deste autor, o luto está integrado quando estes setes critérios estão presentes. Worden (2009) corrobora com Barbosa (2016) afirmando que o luto está integrado quando “ a pessoa é capaz de pensar no falecido sem dor.” (p.76)

No entanto, este processo é único e como tal, há alguns indivíduos que apresentam sintomas debilitantes, que levam a um alto nível de morbidade e um período prolongado do sofrimento (Coelho *et al* 2015).

O luto complicado é um desvio do clinicamente aceitável (dependendo da cultura, tempo e da intensidade dos sintomas apresentados pelo enlutado) onde a pessoa experimenta: uma desorganização prolongada, com aflição e saudade intensa, dificuldade em aceitar a perda, solidão, vazio ou falta de sentido para a vida, pensamentos intrusivos recorrentes de querer juntar-se ao falecido, com repercussão em termos sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento que impede o retomar às atividades com qualidade anterior à perda (Guldin, 2014; Barbosa, 2016; Tofthagen, *et al* 2017; Coelho, *et al* 2015; Braz e Franco 2017). Este estado corresponde apenas 10% a 20% das pessoas enlutadas (Coelho *et al* 2015; Barbosa, 2010a). Contudo, Barbosa (2016) adverte que estes critérios não são rigorosos nem absolutos.

Existem ainda outras reações frequentes de luto complicado, especialmente, luto traumático, luto inibido (retardado, adiado, congelado), luto crónico (dependente), luto exagerado, luto desautorizado (indizível, privado de direito, afastado) e luto ambíguo (Barbosa, 2016). Ainda de acordo com o mesmo autor, existe o luto (psico) patológico onde o processo de luto é pautado por quadros psicopatológicos, dando origem a diferentes tipos: melancólico; maníaco; paranóide; histérico; hipocondríaco; obsessivo; fóbico; ansioso; pós-traumático; borderline; aditivo; caraterial e somatoforme.

O risco de vir a desenvolver um luto complicado está diretamente relacionado com o grau de vulnerabilidade que o indivíduo em processo de luto tem para superar todo o tipo de problemas relacionados com as perdas, sendo deste modo imprescindível prevenir a sua ocorrência. Neste sentido, as equipas de saúde devem ter presentes os diferentes mediadores do processo de luto.

1.5. Mediadores do processo de luto

Não é suficiente conhecer apenas as fases e as tarefas do luto. É pois premente que se compreenda também os mediadores do luto e a forma como estes influenciam o decurso do processo de luto (Worden, 2009).

De acordo com Barreto *et al* (2012) e Barbosa (2016), os fatores mediadores do luto podem-se agrupar em 5 diferentes categorias, nomeadamente: *características pessoais* (idade, estratégias de *coping* nas adversidades, resiliência, doença física ou mental prévia), *características relacionadas com a morte* (idade do falecido, tipo de relação com o falecido, parentesco, ter sido cuidador ou não), *características da doença e da morte* (tipo de morte, duração da doença, controlo sintomático; morte não visualizada e não visualizado o corpo, conhecimento do prognóstico, perceção de que a morte podia ser evitada), *aspetos relacionais* (apoio familiar, comunicação na e fora da família, expressão da perda, aceitação social da perda, tipo de relação) e outros aspetos (lutos prévios, vários lutos, crises recorrentes, nível socioeconómico, presença de crianças na família, assuntos pendentes).

Mediante as peculiaridades das características apresentadas estes mediadores de luto podem ser categorizados em facilitadores ou de risco no processo de luto, tendo presente a situação do enlutado (Barreto *et al*, 2012). Deste modo, na mesma categoria dependendo da essência das características, estas podem ser facilitadoras ou de risco, para o decurso de um processo de luto integrado.

1.6 O sofrimento da pessoa com doença mental

A Saúde Mental é definida pela OMS como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p.4). De acordo com a OMS (2001), a saúde mental é tão importante quanto a saúde física, porém muitas vezes negligenciada, não lhe sendo atribuída a mesma importância, devendo “(...) ser universalmente encarada sob uma nova luz.” (OMS, 2001,p. 11).

Por seu lado, a doença mental é caracterizada, de acordo com DSM-5 (APA, 2013), como uma perturbação clinicamente significativa na cognição, emoção ou comportamento, sendo capaz de interferir na saúde física, emocional, na

produtividade e nas relações interpessoais. Torna-se responsável por um sofrimento e incapacidade quer para as pessoas portadoras de doença mental, quer para as suas famílias/cuidadores.

O sofrimento decorrente da doença mental torna-se um estado de desconforto severo relacionado com a ameaça à integridade da pessoa enquanto ser bio psicossocial e espiritual. Além deste sofrimento, existe uma “cortina” de estigma e discriminação, enfrentado pela própria pessoa portadora de doença mental e seus familiares, potenciador igualmente deste sofrimento. A OMS (2001) assevera que “(...) o estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade.” (p 48)

A visão negativa que existe sobre a doença mental conduz à associação da mesma a criminalidade, desvalorização da pessoa, desconfiança e descrédito, existindo fracas expectativas sociais em relação à pessoa doente. Criam-se assim atributos depreciativos, sendo a pessoa estigmatizada pela sociedade, por vezes pela família, e pelo próprio. Simultaneamente isto faz com que o medo prospere, a pessoa se esconda cada vez mais, enquanto a sociedade o rejeita também. O próprio impacto do diagnóstico, e a cronicidade da doença causam em si só, sofrimento (Abreu, *et al* 2008).

1.7 Intervenção do EESM como facilitador do processo de luto

A Enfermagem em Saúde Mental não se baseia nos cuidados curativos, é uma especialidade que se fundamenta na relação com o outro, e que deve desenvolver a capacidade de escuta, assumir uma atitude de interesse e respeito, “degraus” estes que se constroem na abordagem ao cliente, permitindo conquistar a sua confiança.

Nesta relação, o enfermeiro utiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico (Townsend, 2011), de forma a utilizar o seu “eu” para estabelecer uma verdadeira relação de ajuda e deste modo “permitir que os doentes reencontrem o seu mundo- o da sua vida, o da sua morte, o da sua independência, o da sua autonomia.” (Costa, 2004, p.75). Desta forma, é essencial o autoconhecimento, bem como o desenvolvimento de qualidades pessoais que beneficiem a relação e comunicação com o cliente (indivíduo, família ou grupos). Deve ainda mobilizar competências de

âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacional, nas suas intervenções (OE, 2011).

É premente definir desde logo os limites na relação e as suas potencialidades. Fazer sentir ao cliente e família que continuamos do seu lado e aceitamos a sua vulnerabilidade, contribuindo assim para que a nossa intervenção seja a mais adequada possível. Barbosa (2016) complementa, referindo que “(...) é a possibilidade de ocorrência de um verdadeiro encontro com cuidados sintónicos e compassivos, que permitam ao enlutado uma experiência elaborativa, ao ser verdadeiramente compreendido e sensivelmente apoiado na travessia da vida após uma perda significativa.” (p.136), que deve assentar a nossa intervenção. Chalifour (2009) acrescenta que “a melhor maneira de ajudar uma pessoa enlutada é, sem dúvida, oferecendo-lhe uma escuta activa (...)” (p. 245)

Baseados neste princípio, o EESM assume um papel fulcral na intervenção junto de clientes (indivíduo, família e grupos) a vivenciar o processo luto/perda, devendo aliar-se no cumprimento da sua missão, fortalecendo-os e proporcionando o apoio necessário ao desempenho das suas responsabilidades, auxiliando-os na descoberta e no desenvolvimento das suas potencialidades.

No luto, o apoio dos familiares e amigos é para na maioria dos enlutados o suficiente (quando estamos perante um indivíduo que está a vivenciar um processo de luto normal), porém “(...) outras famílias podem apresentar características preditivas de um alto risco de morbilidade depois da perda e deverão ser, por isso, alvo preferencial de intervenções preventivas.” (Barbosa (2010a, p.510).

Os processos de luto são facilitados por profissionais da área da saúde mental, de acordo com Moris e Block, (2015) e Tofthagen, *et al* (2017), pois estes podem ser uteis na identificação de indivíduos em risco de luto complicado, recomendar tratamento para evitar desenvolvimento de problemas físicos e/ou psicológicos, mas sobretudo no processo de adaptação à mudança provocada pela perda, ajudando os enlutados a continuar as vidas significativas e gratificantes.

Uma pequena percentagem de enlutados necessitará de intervenção profissional, porém esta poderá ser feita a três níveis, de acordo com Barbosa (2016): apoio /acompanhamento para os enlutados (luto normal/integrado), aconselhamento/orientação para os enlutados com risco ligeiro de desenvolverem luto complicado e atuação terapêutica (intervenção psiquiátrica).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Caracterizado o objeto de estudo através do breve enquadramento teórico, é chegado o momento de considerar e avaliar as opções metodológicas que pautaram o meu percurso, pretendendo o desenvolvimento de competências enquanto EESM. Assim, este trabalho baseou-se numa metodologia de projeto, ferramenta importante no incremento de competências em enfermagem no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional.

Em contexto de aprendizagem, o desenvolvimento global prioriza a potencialização de capacidades, valorização de necessidades, expectativas e aspirações, promovendo "...o desenvolvimento de enfermeiros ativos e reflexivos, isto é, profissionais competentes." (Lamas, 2014, par.1).

Partindo da premissa cujo objetivo primordial é evoluir, no sentido de me tornar perita nos níveis referidos por Benner (2001) de acordo com o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus face a esta problemática e assente no Regulamento das competências Específicas do EESM, (OE, 2010), desenhei dois objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

1. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica;

1.1.Promover o autoconhecimento relativamente aos sentimentos/emoções vivenciadas decorrentes da intervenção no processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica;

1.2.Aprofundar conhecimentos no sentido de desenvolver estratégias que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa portadora de doença oncológica;

1.3.Prestar cuidados de enfermagem de saúde mental à pessoa/cuidador em processo de luto, assentes na relação de terapêutica;

1.4.Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo;

2. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença mental, associado à perda simbólica.

- 2.1 Promover o autoconhecimento relativamente aos sentimentos/emoções vivenciadas decorrentes da intervenção no processo de luto associado à perda simbólica na doença mental;
- 2.2. Aprofundar conhecimentos no sentido de desenvolver estratégias que facilitem o processo de luto associados à perda simbólica na doença mental;
- 2.3. Prestar cuidados de enfermagem de saúde mental à pessoa/família em situação complexa, assentes na relação terapêutica;
- 2.4 Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo;

2.1. Percurso realizado- justificação e caracterização dos locais de estágio

Assente no pressuposto que o fito do estágio é certificar, através da prática, a possibilidade da aquisição do perfil de competências específicas do EESM, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2011), a escolha dos contextos de prática clínica revestiu-se de particular importância. Os mesmos foram selecionados de forma refletida e sustentada em diversos aspetos.

Eis alguns dos critérios na seleção dos locais de estágio: todos os contextos têm, pelo menos, um EESM com experiência profissional ao nível da intervenção no luto. A segunda premissa é que em todos os locais o EESM presta cuidados no âmbito das suas competências enquanto enfermeiro especialista. A terceira premissa reporta-se à importância do trabalho desenvolvido pelo EESM em todos estes contextos. Em suma, todos os locais foram propícios à mobilização e integração dos conhecimentos para aquisição de competências do EESM.

O estágio teve uma duração total de 428h de contacto direto, tendo decorrido entre 25 de setembro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018 com 46% das horas em contexto de internamento e 54% em contexto de comunidade. Este percurso decorreu em três contextos diferentes: UCP - Região Autónoma de Portugal, UCP – na zona da grande Lisboa e um Centro de Saúde na RAM. (Ver cronograma – Apêndice I)

Dei início a este percurso numa UCP da Região Autónoma de Portugal. Esta integra a rede de cuidados paliativos da região, cuja finalidade é proporcionar, de uma forma adequada, acessibilidade a cuidados paliativos, domiciliários e hospitalares, a todos os cidadãos da região. Destina-se a doentes e seus familiares com necessidades complexas e que requerem cuidados específicos prestados por

profissionais especializados.

No que concerne aos recursos humanos, a UCP detém uma equipa interdisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, um Psicólogo, um Técnico de Serviço Social, uma Nutricionista, voluntários da Liga Portuguesa Contra o Cancro, um Capelão (padre católico) e Assistente Espiritual de outras religiões (mediante contacto telefónico). A equipa de enfermagem é formada por 10 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, 5 dos quais enfermeiros especialistas: 3 EESM e 2 EEMC.

Esta equipa interdisciplinar pretende uma abordagem proporcionadora de cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuem para o conforto, dignidade e qualidade de vida, das pessoas assistidas.

Desde há 3 anos são asseguradas visitas domiciliárias, com uma equipa domiciliária composta por médico, enfermeiro e assistente social (se necessário), de 3ª a 6ª feira, deslocando-se a toda a região, intervindo ativamente na gestão das necessidades avaliadas sejam elas quais forem: controlo de sintomas, apoio social, apoio psicológico, e espiritual, assim como em questões de natureza prática trabalhando estas competências junto do doente e seus familiares. Têm igualmente uma linha telefónica disponível todos os dias da semana, 24h por dia, para esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de situações complexas.

A UCP tem uma lotação 11 camas distribuídas em 3 quartos individuais e 4 duplos. A proveniência dos doentes é diversificada, domicílio, urgência, de centros de saúde ou de serviços de internamento, podendo ser referenciados pelos profissionais de saúde (médico assistente hospitalar, MGF, enfermeiros e elos de ligação aos Cuidados Paliativos nos diferentes serviços), ou pelo próprio doente e sua família.

O segundo momento de estágio decorreu numa UCP na grande Lisboa, que integrou a RNCCI em dezembro de 2006. Tem uma equipa comprometida em prestar uma assistência integral, segundo as exigências e conhecimentos técnico-científicos, à pessoa com doença incurável, avançada e progressiva e à sua família/cuidador, melhorando a sua qualidade de vida. Esta equipa interdisciplinar é composta por Médicos, Enfermeiros, Psicóloga, Técnica de Serviço Social, Assistente Espiritual, Capelão, Ajudantes de Enfermaria, Voluntários, Fisioterapeuta, Engenheira Alimentar,

Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Psicomotricista. A equipa de enfermagem é formada por 13 enfermeiros, tendo 1 EESM e 1 EEMC. Tem uma lotação 10 camas distribuídas em quartos individuais. A proveniência dos doentes é diversificada, sendo gerida pela RNCCI.

O trabalho em equipa é um dos pilares fundamentais em cuidados paliativos, sendo necessária equipas interdisciplinares, como as anteriormente descritas, onde o contributo de todos visa o bem-estar global do cliente e da sua família.

Relativamente aos rácios praticados em cuidados paliativos de acordo com EAPC (2010), a equipa de enfermagem deve ter um rácio de pelo menos 1/1,2 enfermeiros por cama com 35h/semanais. Em ambas as UCP's o rácio encontrava-se abaixo do preconizado pela EAPC. Numa das UCP's, esta preocupação foi expressa pela Enfermeira chefe, referindo que para manter os rácios ideais terá de recorrer a trabalho extraordinário, o que inevitavelmente causará impacto no bem-estar e saúde dos enfermeiros: acarretando maior desgaste, esforço e cansaço, podendo levar a maiores níveis de *stress* e *burnout*, com conseqüente decréscimo da qualidade dos cuidados prestados. Na outra UCP, apesar de ter um bom rácio de enfermeiros por cama, há um aspeto a ter em conta, que é o facto de nem todos os enfermeiros cumprirem um horário completo, o que se traduzirá num rácio deficiente.

A terceira e última etapa deste percurso formativo decorreu num Centro de Saúde da RAM, que constitui um dos serviços Assistenciais de Cuidados de Saúde Primários do SESARAM,EPE.

Este Centro de Saúde está situado numa freguesia da RAM, dando cobertura à mesma freguesia. Possui uma equipa multidisciplinar [Enfermeiros e Enfermeiros especialistas em: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil, Reabilitação, Saúde Comunitária e Saúde Mental e Psiquiatria; Assistentes Operacionais; Técnico de Serviço Social; Nutricionista; Psicopedagogo; Psicólogos; Médicos de MGF], estando vocacionado para proporcionar cuidados de saúde centrados nas necessidades específicas dos utentes, promovendo a integração e a continuidade dos cuidados.

Neste Centro de Saúde, à semelhança de outros centros na RAM, existe uma equipa local de saúde mental, implementada num esforço de articulação com os cuidados de saúde primários e de maior proximidade dos cuidados de saúde mental às populações.

A equipa local de saúde mental, deste Centro de Saúde tem um carácter multidisciplinar e é constituída por: 2 EESM, 1 MGF, 1 Psicólogo e 1 Técnico de Serviço Social. Esta equipa reúne mensalmente, com a finalidade de partilhar preocupações, discutir casos clínicos e respetiva orientação, onde os contributos de cada profissional são importantes para delinear estratégias a seguir e atingir objetivos propostos. A equipa determina objetivos, estratégias e atividades a desenvolver.

2.2. Percurso realizado: consecução dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas

Um ensino clínico deve assegurar a integração entre teoria e prática em contextos reais, com vista ao aprimoramento profissional e desenvolvimento da prática. Neste contexto, e porque a Enfermagem continua a trilhar um percurso que pretendemos conduza à certificação de competências profissionais, colocam-se-nos novos desafios e exigências.

Face aos objetivos gerais delineei objetivos específicos, que foram referenciados anteriormente, desenvolvi atividades de forma a atingir esses objetivos e o desenvolvimento de competências enquanto EESM.

2.2.1. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença oncológica

O desenvolvimento de competências neste âmbito pressupôs um importante desbravar de conhecimentos de acordo com as dúvidas e necessidades surgidas, apesar de numa fase inicial, ainda no semestre passado, ter realizado uma revisão de literatura, tendo como alicerce a pergunta de pesquisa “Quais as intervenções do EESM que facilitam o processo de luto dos familiares da pessoa com doença oncológica?” Esta questão permaneceu norteadora em todas as pesquisas realizadas de forma a aprofundar progressivamente os conhecimentos acerca da temática durante todo o percurso de aprendizagem.

A participação num Curso Básico de Cuidados Paliativos foi um momento essencial de aprendizagem com a aquisição de novos conhecimentos e reciclagem

de outros, uma vez que possuo uma Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. Este facultou uma maior proximidade à evidência científica recente e a integração dos contributos da prática de diversos palestrantes com elevada formação e experiência na área.

A realização do relatório de aprendizagem referente à participação no curso, (Apêndice II), revelou-se aos poucos e poucos um desafio bem maior do que eu imaginava ser. Este possibilitou uma acomodação de conceitos/conhecimentos, identificando áreas em que o EESM pode ter um papel preponderante, nomeadamente na intervenção em todo o processo de luto, da pessoa em cuidados paliativos e/ou sua família/cuidadores. Pois o luto “está associado a riscos de saúde; precipita a doença e a morte; exacerba doenças preexistentes; conduz a, ou exacerba, comportamentos de risco (...) pode conduzir à depressão.” Twycross (2003,p.67).

O meu processo de integração nas UCP's alicerçou-se na concretização de um conjunto atividades específicas, como por exemplo: Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional das unidades; Desenvolver competências ao nível do trabalho em equipa intra e interdisciplinar; Identificar o papel do EESM; Conhecer e participar nos projetos no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no que concerne à intervenção no processo de luto.

Numa das UCP's o projeto de intervenção no luto é denominado “Protocolo de intervenção no luto-promoção do luto normal”, desenvolvido pelos EESM. Visa uniformizar e enfatizar a intervenção no luto em familiares e/ou pessoas significativas de doentes seguidos pela UCP, bem como, promover o “luto normal”. Nesta unidade tive a oportunidade de acompanhar a EESM observando-a nos diferentes contextos da prática ao doente, família/cuidador em processo de luto e participando na implementação do projeto. Assim, de acordo com o projeto da unidade, em conjunto com a EESM orientadora identifiquei e analisei *stressors* internos e externos [mediadores do luto (fatores de risco e preditivos para complicações no processo do luto) de acordo com modelo existente no serviço]; intervir junto dos familiares/cuidadores, de acordo com os *stressors* identificados, de forma a fortalecer a linha flexível de defesa do sistema, minimizando o impacto dos diferentes *stressors* no *core*: prestando apoio aos cuidadores no processo de luto: implementando uma prática baseada na relação de terapêutica, promovendo a esperança realista, identificando e desmistificando crenças erróneas; Encaminhei com a supervisão da

EESM para a CEESMP no Centro de Saúde da área de residência, uma situação onde se identificaram diversos fatores preditivos de luto complicado, de forma ao cuidador ser devidamente acompanhado e apoiado. (Identificada a invasão do *core* pelos *stressors*, havendo risco de luto complicado)

Na outra UCP o projeto é desenvolvido pelo EESM e pela psicóloga da unidade, versa contornos semelhantes ao anteriormente descrito, incidindo no apoio no processo de luto e nos contactos de *Follow up* de luto. A unidade possui ainda um fluxograma, instrumento que visa facilitar a intervenção com o objetivo de prevenir o luto complicado.

Na observação dos EESM, pude identificar diversos aspetos essenciais na prestação de cuidados neste âmbito, correlacionando-os com as competências do EESM imanadas pela Ordem dos Enfermeiros, dando especial realce ao autoconhecimento, comunicação adequada, relação de ajuda e relação terapêutica e intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional. Neste sentido, realizei uma entrevista à EESM com o objetivo de perceber qual a sua perceção sobre o papel do EESM como facilitador do processo de luto. (Apêndice III) Aproveitei este momento uma vez mais para “beber” da sabedoria da EESM que na intervenção no processo de luto, quer na intervenção global à pessoa e família/cuidador em cuidados paliativos.

Toda a prestação de cuidados diretos aos doentes e apoio aos seus familiares, foi baseada numa relação de confiança, comunicação calorosa, capacidade de escuta ativa, gestão dos silêncios, presença e empatia, num contexto cujo sofrimento por vezes é atroz, tendo-me proporcionado aprendizagens e experiências muito gratificantes e significativas. É através relação terapêutica que o cliente e familiares/cuidadores podem encontrar alívio, conforto e crescimento.

Esta relação permite à pessoa uma maior compreensão da situação, aceitando-a melhor e muitas vezes, promove a aceitação à mudança. É uma relação que auxilia a pessoa a demonstrar coragem diante das adversidades, e até mesmo da finitude de vida (Phaneuf, 2005).

A compreensão e a empatia englobam uma escuta ativa, através da qual a expressão de pensamentos e sentimentos deve ser estimulada sem que exista qualquer censura, preconceito ou até mesmo juízo de valor (Pereira e Botelho, 2014). O desenvolvimento de uma relação profissional empática implica procurar conhecer

os problemas do outro, o mais claramente possível, de modo a tentar ajudar a resolvê-los, de acordo com o seu próprio ponto de vista (Novo, Galvão, e Rodrigues, 2014).

Passo a transcrever excertos de uma interação que tive com a esposa de um senhor internado numa das UCP's.

(...) Ao chegar à enfermaria,

D. G.: Ele está melhor, já não está com aquele barulho na respiração. (sentada à cabeceira do marido, sozinha, vestida de preto e de lágrimas nos olhos, à procura na minha resposta uma afirmação positiva, negando a evidência da iminência da morte).

Enf.^a: É verdade (aproximo-me da senhora e baixo-me ao seu nível) D. G., o seu marido está com a respiração mais calma e com uma expressão mais serena no rosto, mas é uma situação muito complicada, como sabe ... (período de silêncio, D. G. a chorar)

Enf.^a: (...) continuei junto à senhora com a minha mão sobre a sua perna, hummmm (incentivando que continuasse)

D.G.: (...) Nesse dia (...)...exaltei-me é verdade, mas sabe eu estou muito cansada...somos só nós os dois em casa...(.)

Enf.^a: pois...hummm (faço-o gesto com cabeça para que continue) (...)

Enf.^a: É natural que se sinta triste e revoltada com tudo isto...(.)

D.G.: (...) mas o facto dele ter sido quase expulso da urgência deixa-me muito triste... (permanece de olhar baixo, com as lágrimas a cair) (...)

Enf.^a: (silêncio) (mantive a minha mão sobre a perna da D. G.)...

Foi uma interação enriquecedora, pois percecionei a importância de ser ouvinte e simultaneamente calar os meus pensamentos, argumentos, tornando-me facilitadora deste processo de adaptação à perda.

Senti-me impotente perante tamanha revolta e tristeza, mas facilmente percebi que o importante era estar ali com e para esta esposa destroçada, uma mulher que viveu a vida inteira dedicada ao homem com quem casou, cuja vida escapava a passos largos.

Apesar de me sentir incomodada com a situação vivenciada, não desviei o olhar, permaneci a escutar tudo o que me tinha para dizer. Foi invadida por um sentimento de empatia, imaginando como seria estar ali ao lado de alguém que gostasse, ao fazê-lo senti o eco da sua tristeza, cansaço e revolta no meu *eu*. Tive de tomar consciência dos meus pensamentos, sentimentos e emoções, de forma a

transparecer “(...) coerência ou congruência interna e de autenticidade profissional, a qual se traduz na capacidade de aceitar os seus sentimentos, as atitudes, as experiências de ser genuíno e integrado na relação com outro.” (Pinto, 2014 p. 65).

Neste sentido, Sequeira (2006) afirma que “o enfermeiro deverá desenvolver o seu saber-ser e saber-estar com ele mesmo e com os outros, pois são estes factos que constituem (...) os alicerces da relação terapêutica.” (p. 15), “(...) essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.” (Querido, Salazar e Neto, 2010, p. 462).

A comunicação integrada numa relação terapêutica foi um das competências por mim desenvolvida, neste caminhar em contexto de cuidados paliativos. Esta constitui um dos pilares dos cuidados paliativos, funcionando como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas (Querido, *et al*, 2010). É imprescindível ao exercício profissional dos enfermeiros, de acordo com Bertone, Ribeiro, e Guimarães, (2007), para a garantia “(...) do êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem.” (p.4)

Ainda tendo por base a interação descrita, posso referir que as pessoas valorizam o facto de as fazermos sentirem-se especiais e de sentirem o toque quer seja emocionalmente, quer seja fisicamente através de um abraço ou simplesmente colocar a mão no ombro ou sobre a mão. Benner (2001) refere que “este tipo de contacto, cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação.” (p. 88)

Outro aspeto que poderia ter sido constrangedor, foram os momentos de silêncio. Consegui geri-los sem que isso se tivesse tornado difícil. Chalifour (2008) adverte que o silêncio é a técnica menos compreendida e utilizada, não sendo ausência de comunicação, mas sim uma forma do enfermeiro e o cliente clarificarem o que se passa entre eles e neles, é um espaço onde as emoções podem emergir.

Comunicar, consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito. Costa (2004,) refere que “ comunicar em enfermagem é uma arte que não se limita a uma troca de palavras, mas inclui a partilha de emoções, de sentimentos e de ideias, exigindo do enfermeiro a capacidade de falar e de escutar.” (p.70) “Comunicar é relacionar-se, é transmitir o que se tem. É

um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico” (Silva e Alvarenga, 2014, p.46).

Esta competência em ESMP é certificada por Peplau (1952), citada por Stefanelli e Carvalho (2005), advertindo que a comunicação como fim terapêutico é o ponto primígeno para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Sabendo que a coerência entre a comunicação verbal e não-verbal é essencial para melhor comunicar, estou convicta que fui coerente, em toda a interação descrita, pois estava a vivenciar aquela situação “*in loco*”. Ainda hoje tenho o sentimento da veracidade da minha autenticidade.

No final do turno tive oportunidade de discutir e refletir sobre esta interação com a EESM orientadora. A EESM proporcionou-me um momento de profunda reflexão, fazendo emergir medos e sentimentos, alguns já percebidos ao longo da interação. Refiro-me em particular ao sentimento de impotência por mim experienciado, ao tentar encontrar nas palavras o conforto para uma situação de sofrimento atroz. A enfermeira orientadora validou este sentimento de impotência muitas vezes vivenciado, por nós enfermeiros, referindo que apesar de algum nervosismo que deixei transparecer, consegui encontrar na comunicação não-verbal a ferramenta primordial para demonstrar esta minha autenticidade e compreensão empática.

Outro aspeto que emergiu e que acabei por não ter oportunidade de discutir de forma pormenorizada com a EESM foi o medo. Medo de não conseguir levar algum conforto à senhora. Medo de eu própria estar no seu lugar. Medo da fugacidade da vida, da minha própria vida, da vida daqueles que amo. Porém este tomar consciência dos meus medos, fez-me caminhar neste longo caminho que é o do autoconhecimento.

Tal como a EESM orientadora a professora alertou-me para o modo como estou em relação, ou seja, esta entrega total sem haver um cuidado com o meu próprio bem-estar. Este alerta ecoou em mim e fez-me pensar de facto no número de vezes que inadvertidamente me esqueço de cuidar de mim para poder estar bem comigo própria para fazer uso do meu eu enquanto instrumento terapêutico na relação.

Em contexto de cuidados paliativos as conferências familiares são uma realidade recomendada, constituindo igualmente uma forma de comunicação adequada. Visam a partilha de informação e sentimentos, medos e emoções, clarificação de objetivos dos cuidados, discussão do diagnóstico e prognóstico, com

planeamento de cuidados quer para o doente, quer para os seus familiares/cuidadores (Neto, 2003).

A mesma autora refere que é uma forma estruturada de intervenção na família que para além de partilha de informação e sentimentos, tem como fito mudar alguns padrões de interação da família, envolvendo a exposição da nossa própria vulnerabilidade. Deste modo, a conferência familiar faz parte integrante do processo de apoio às famílias e por conseguinte apoio no luto (luto preparatório e antecipatório). Neto (2003) adverte que todas as intervenções com a família deverão ter por base alguns aspetos, nomeadamente “a preparação para o luto e a prevenção do luto patológico.” (p. 70)

Neste contexto, participei numa conferência familiar (CF) e percecionei a relevância deste tipo de práticas como forma de acompanhamento às famílias, intervenção facilitadora da comunicação entre todos os envolvidos e do processo de luto.

Passo deste modo a transcrever excertos desta conferência:

(...) A médica começou a CF por abordar o cliente e a família sobre a sua doença/prognóstico, e o objetivo de ir passar o dia de anos da filha a casa (01/0/2017). Neste momento o Sr. V. explicou todos os passos que deu nesta trajetória de doença (...) Posteriormente foi levantada uma questão, que tinha surgido numa conversa prévia com o cliente e que a equipa multidisciplinar já tinha conhecimento. Esta questão prendia-se com um sentimento de culpa/angústia advindo de um processo delicado que envolve algumas dívidas contraídas no seguimento de um negócio com um irmão, e da possibilidade destas após a sua morte, do Sr. V., trespassarem para os filhos e esposa. A partir deste ponto a conversa desenrolou-se em torno desta temática, com verbalizações do Sr. V., esposa e filhos, todos muito emocionados (chorar). O Sr. V. no meio do seu discurso referiu que “não quero que eles paguem pelos meus erros...o meu irmão é capaz de me matar, já me apontou uma arma, ele é violento...não o quero aqui”. sic.

A esposa emocionada ao lado direito do Sr. V. diz “ele (o marido) só fala disto, não fala da doença...” (...)

Foi a primeira vez que participei numa conferência, tinha tido apenas a experiência em sala de aula, o que me causou alguma ansiedade e insegurança, tornando-me vulnerável.

Vários aspetos ressoaram no meu ser e no meu sentir. O olhar imbuído de medo, desconforto e angústia, do cliente penetraram no meu “eu”. Porém, neste mesmo olhar o amor emergiu. Apesar de estar perante uma situação grave, estar no limite da sua vida, permanece preocupado com os familiares, angustiando-se com os “erros” que diz ter cometido e o facto de estes virem a ter repercussão na vida dos filhos e da esposa. Quão nobre é este sentimento.

Deixei-me tocar por tamanha declaração de amor e altruísmo, e inevitavelmente pensei na maneira como amo as pessoas que me são queridas e no que sou capaz de fazer para estar com e para elas, do que sou capaz de fazer para que estejam bem.

Quando o senhor falava que queria salvaguardar os filhos e a esposa, a esposa e a jovem filha começaram a chorar. Uma vez que estava junto à filha, ofereci-lhe o toque, colocando a minha mão no seu ombro, permitindo-lhe sentir-se acolhida na sua dor.

Reportando-me ao meu projeto, considero que as conferências podem ajudar percorrer o caminho ao lado da pessoa (cliente e família/cuidador) e não por ela, é criar, promover e desenvolver com a pessoa estratégias adaptativas ao novo processo, integrando as perdas daí advindas.

Aqui o EESM assume-se como suporte e facilitador, onde de acordo com Benner (2001) “guia e serve de mediador para ajudar as pessoas num estado de grande confusão a encontrarem um caminho em direcção a um mundo mais normal e menos deformado (...) utiliza objectivos com um fim terapêutico; esforça-se por estabelecer e manter um ambiente terapêutico.” (p.92) O EESM “pode não só levar um pouco de bálsamo ao sofrimento destas pessoas, mas também prevenir a instalação de um luto patológico.” (Phaneuf, 2005, p. 417).

O apoio no luto passa por uma intervenção concebida num trabalho de prevenção de quadros de complicação e psicopatologização do luto, pois a maior parte dos enlutados recupera-se num período relativamente curto, sem recorrer à ajuda de profissionais (Durbán, Higuera, e Loarte, 2016). Partindo desta premissa, a intervenção passará por uma abordagem psico-educacional (Moris e Block, 2015).

Neste sentido, paulatinamente várias foram as atividades desenvolvidas, cuja finalidade primordial foi facilitar a adaptação à perda e a promoção da saúde mental.

Em diversos momentos implementei intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas (processo de luto, aceitação das perdas; promoção das relações interpessoais; promoção da esperança realista; desenvolvimento do perdão e promoção de fatores protetores de saúde mental).

Elaborei um folheto sobre o processo de luto, ao qual denominei “Acompanhar o luto” (Apêndice - IV). Nele incluí alguns conceitos, nomeadamente: evolução do luto, reações esperadas durante o processo de luto, sinais que podem indicar a necessidade de pedir ajuda profissional e estratégias facilitadoras do processo de luto. Este foi bem aceite pelas equipas de enfermagem, em particular pelos EESM orientadores. Estes referiram que o mesmo é pertinente, com informação clara e sucinta acerca do tema e com linguagem acessível. Facultei o folheto para discussão em equipa multidisciplinar e posterior encaminhamento à Direção de Enfermagem, para a sua utilização numa das UCP's, tendo antes colocado logótipo de instituição e respetivos contactos.

Redigi ainda uma carta de condolências, a ser enviada aos familiares/cuidadores das pessoas assistidas, entre o 15º e o 30º dia, após a morte, juntamente com o folheto. Contudo verifiquei que já existia numa das UCP's, validei a mesma com os EESM orientadores e apresentei ao Enfermeiro chefe do meu serviço, para posteriormente ser adotada, integrada num projeto de acompanhamento no luto. (ver apêndice V) Esta carta foi contruída tendo por base a evidência científica, partindo do princípio da rutura abrupta da relação entre a família e os profissionais de saúde, após a morte do doente, situação esta, que pode evocar sentimentos de desamparo e sofrimento (Moris e Block, 2015).

Importa referir ainda que no âmbito da participação nos projetos de intervenção no luto, tive oportunidade de observar atentamente e de forma refletida o EESM orientador na realização do contacto telefónico 30 dias após a morte do familiar. Neste contacto o EESM orientador identificou-se e explicitou o motivo pelo qual estava a contactar; promoveu a expressão de sentimentos, realizou psicoeducação dirigida à adaptação à perda e fatores promotores da saúde mental. Direccionou um conjunto de perguntas com intuito de preencher um inventário sobre as manifestações do luto.

Este questionário encontra-se estruturado com vista a dar resposta aos seguintes itens: Informação geral sobre a morte e a sua circunstância; características

do contacto e atitude do familiar/pessoa significativa face o contacto; expressão afetiva e emocional; expressão cognitiva; expressão comportamental; expressão existencial/espiritual; expressão somática; expressão social. No fim do contacto o EESM procedeu à atribuição de um algoritmo, de acordo com o fluxograma existente, adequando as intervenções seguintes ao mesmo.

Numa das UCP's tive oportunidade de participar num lanche/ partilha promovido pela associação nela existente, que desenvolve atividades baseadas na entreaajuda e acompanhamento de doentes, seus familiares/cuidadores, bem como sócios e voluntários. Este é dinamizado pela psicóloga da unidade, uma vez por semana.

No dia em que participei tivemos a presença de familiares de doentes que estavam na altura internados na unidade e familiares de pessoas que foram acompanhadas e que faleceram na unidade. Houve expressão e partilha de sentimentos e experiências, ao redor de uma mesa, onde foi notório a satisfação dos participantes com o resultado destas partilhas. Uma das pessoas participantes afirmou na sua partilha que “ (...) são estes momentos aqui, a vos ouvir, que percebo que não estou só e que não sou única a passar por este sofrimento (...) obrigada por me ouvirem (...) por me aceitarem (...) lembrem-se sempre da esperança.”sic

De acordo com Rebelo (2005), a entreaajuda “(...) é um meio de intervenção comunitária que visa o apoio a problemas individuais muitas das vezes com repercussões sociais.” (p. 373) Neste sentido, através da partilha de sentimentos e emoções em contexto de luto, vivido ou a decorrer, as pessoas enlutadas encontram uma saída com entreaajuda, nas situações advindas das fases do processo de luto, caracterizadas pela desorganização emocional no processo (Rebelo, 2003).

“é reconhecido cientificamente que, nas situações de fragilidade psicológica (...) a ajuda aos outros é uma excelente forma de autoterapia. A pessoa enlutada rompe com a solidão mental, partilha a sua dor e os caminhos percorridos para superar as diferentes fases do luto e escuta as experiências de lutos mais e menos antigos. Esta troca de experiências proporciona-lhe o apoio indispensável para prosseguir na vida de forma saudável.” Rebelo, (2003, p.132)

A participação neste “lanche terapêutico” fez-me perceber que de facto a partilha com pessoas que estão a viver o mesmo processo, ou que, de algum modo o vivenciaram, é um fator protetor da saúde mental e de ajuda à integração das perdas. Julgo, contudo, que o objetivo deste lanche devia ser consolidado com o contributo da

enfermagem, nomeadamente do EESM, não significando abdicar das particularidades de cada profissão, mas utilizar a cogestão para otimizar os resultados pretendidos.

Neste contexto específico de cuidar em fim de vida, onde o EESM tem vindo a conquistar lugar, seria fulcral a sua presença, ou até mesmo a dinamização. Assim, num ambiente “informal” poderá adotar uma intervenção especializada: otimizando formas de comunicação, promovendo a expressão de sentimentos e emoções, alimentando a esperança realista, desmistificando crenças e mitos, facilitando a resolução de problemas relacionados com a (s) perda (s) e a adaptação à (s) mesma (s). Aqui o EESM poderá, igualmente, sinalizar situações de risco, através da avaliação e observação dos comportamentos em ambiente mais “descontraído” e “familiar”.

Como forma de dar resposta ao meu objetivo, propus ainda como estratégia/atividade a realização de uma formação à equipa de enfermagem do meu local de trabalho, sobre a morte e o processo de luto/perda. Barbosa (2010a) assevera que é importante haver formação geral e específica nestas temáticas no seio das equipas, afirmando ainda que “uma equipa que não fala nas suas sessões regulares dos doentes em luto ou terminais é uma equipa terminal.” (p.527)

Neste sentido, esta foi realizada no dia 01.02.2018, com objetivo geral de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a problemática do processo de luto e suas implicações para os cuidados de enfermagem. Estiveram presentes, 11 participantes elementos da equipa de enfermagem, incluindo o enfermeiro chefe. Com idade média entre os 30 - 39 anos, 6 -10 anos de experiência profissional e com experiência profissional no serviço de até 5 anos. No que concerne à categoria profissional apenas o enfermeiro chefe é EER. Foram abordados os conceitos de morte e o processo de morrer, estratégias para transmitir a notícia, vinculação e perda, luto, modalidades do luto, mediadores do luto, modelo da tripla integração, reações esperadas no luto, trajetórias do luto, como intervir no processo de luto, frases adequadas e implicações para o serviço. Os diapositivos da apresentação em *Power Point* e plano de sessão encontram-se em apêndice. (Apêndice VII e VIII, respetivamente)

A formação proporcionou momentos de partilha de experiências, vivências, saberes e dificuldades sentidas no dia-a-dia no que concerne ao apoio no processo de luto. No final da formação foi evidenciado quer pelo enfermeiro chefe quer pelos colegas a pertinência deste projeto no serviço, tendo sido ainda sugerido pelos

mesmos, a extensão desta formação em momento oportuno à equipa alargada, incluído equipa médica e assistentes operacionais.

Escolhi este momento para apresentar o folheto por mim elaborado, a carta de condolências e a proposta de ser implementado no serviço o contacto telefónico aos familiares/ cuidadores, tendo sido bem aceite por todos. Tendo o enfermeiro chefe nessa ocasião sugerido que após o término do percurso académico desenvolvesse um projeto no serviço.

Nestes ensinamentos clínicos, tive oportunidade de transmitir aos colegas o trabalho por mim desenvolvido, junto do cliente e seus familiares/cuidador, de forma a promover a continuidade e individualização dos cuidados. Neste sentido construí intervenções de acordo com a CIPE® versão 2 (OE, 2011), com respetiva fundamentação teórica, com fito assim de constituir um dos alicerces neste constructo de competências em enfermagem de Saúde Mental.

Por fim, mas de todo o menos relevante, não posso deixar de referir o quão importante foi o contributo do estágio numa destas unidades.

De seguida, passo a transcrever um excerto do jornal de aprendizagem:

“Ao fim do primeiro dia tive muita vontade de desistir de tudo, pois as minhas expectativas estavam num patamar muito superior ao que me havia sido apresentado. Refleti sobre o que deveria fazer, envolto em algum sofrimento... ponderei tudo e decidi agarrar esta nova etapa, diferente da que eu tinha concebido, e obter o maior proveito possível das aprendizagens que este contexto me oferecia. (...)”

Não estando diretamente relacionado com a prestação de cuidados, mas que se revelou um momento de grande aprendizagem e crescimento pessoal, pois o processo de aprendizagem vivencia-se ao longo de toda a vida e em todos os momentos...engraçado como esta frase assenta na perfeição nos momentos vividos e sentidos.

Confesso que tinha as expectativas elevadas e gerir toda esta frustração não foi fácil. Porém, não pude perder tempo apesar de numa primeira fase tentar encontrar culpados pela situação. Decidi então tomar controlo e assumir a responsabilidade por tudo. Senti medo, medo de não conseguir dar a volta, de não conseguir “ganhar” com esta experiência, de não conseguir alcançar os objetivos a que me tinha proposto.

Senti-me triste e tive eu própria de integrar o luto destas perdas. Chorei, chorei muito! Mas no fim de tudo, sinto-me grata por tudo ter acontecido, só assim olhei para mim com outras lentes, e deste modo foi-me dando conta de “mim”. Consciencializar-me destas emoções e sentimentos, frustração, zanga, tristeza, decorrente desta decisão, foi de facto premente para o “virar de página”.

Exijo muito de mim e consequentemente dos outros, sendo um pouco intransigente, fator dificultador deste processo. Ter mais autoestima e autoconfiança, acreditar mais naquilo que sou e faço, levaria a que as minhas expectativas tivessem outra perspetiva, ganhando um nível de tolerância à frustração maior. A zanga/raiva decorrente deste assumir as expectativas defraudadas, denunciador também ela que espero muito dos outros e acredito menos em mim, no que sou e faço enquanto pessoa e enfermeira. Observar e dar-me conta do incómodo que tudo isto me causou e não me deixar embalar pela negatividade da mesma, foi o marco importante.

É complicado lidar com as frustrações. Sendo difícil ou não, estas vão estar sempre presentes na nossa vida. Mas o que nos define enquanto pessoas é a atitude que assumimos em relação a essa situação. A frustração não nos pode limitar, pode sim ser impulsionadora e fortalecedora.

Todo o percurso trilhado foi fecundo de uma panóplia de situações promotoras de reflexão e análise, que contribuíram para desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência, recursos essenciais para quem cuida dos que sofrem, evitando a projeção das próprias necessidades ou problemas (Rijo,2011).

Fui desafiada várias vezes, a mergulhar no meu “self” e tomar consciência dos meus pensamentos e sentimentos emergentes nas diferentes situações, procurando interpretar e refletir sobre a prática desenvolvida.

“o eco na vulnerabilidade do próprio profissional é para nós a fundamentação ética essencial do seu agir profissional e é perante essa inquietude que a sua autenticidade se pode revelar e, assim, assegurar as condições de confiança simpática e empática, de disponibilidade, compaixão, dádiva e solicitude (...)”
(Barbosa, 2010c), p. 586)

Esta componente prática proporcionou-me ainda um encontro com os meus próprios lutos e a maneira como os integrei na minha vida, percecionando que para intervir neste contexto do luto, é necessário ter os lutos elaborados, indo ao encontro de uma das qualidades elencadas por Barbosa (2016) para o profissional que acompanha enlutados.

Várias foram as reflexões que fiz, algumas com os enfermeiros orientadores e com a professora orientadora, outras com os enfermeiros das unidades, outras transcritas para o papel em formato de jornal de aprendizagem.

Nestas, várias foram as estratégias adotadas, nomeadamente: identificação e reflexão sobre as emoções, sentimentos, valores e vivências apreendidas em contexto clínico; reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais; consciencialização da minha comunicação verbal e não-verbal; aperfeiçoamento do processo intrapessoal de lidar com a morte e com o luto; exploração das várias formas do cliente e família expressarem o seu sofrimento; treino da técnica de transmissão de más notícias; identificação de fenómenos de transferência e contratransferência, utilização de estratégias não farmacológicas para o tratamento da dor e aumento do conforto; respeito pela individualidade e dignidade do cliente e família; compreensão e apoio do cliente/família no processo de luto.

Em suma, percorri importantes caminhos rumo ao autoconhecimento. Este não é de todo um trabalho acabado, mas o início de um longo caminho, que implicará uma contínua tomada de consciência da minha personalidade, de como sou e estou na profissão, na vida, de como cuido do outro. O autoconhecimento é parte integrante na formação pessoal e esta decorre em vários contextos, também eles profissionais. Reconhecer as minhas resistências, fragilidades e potencialidades e refletir sobre como me integro no processo terapêutico e contribuo para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida do cliente, alvo dos cuidados.

Por tudo isto, considero que este objetivo foi atingido, pois no estágio desenvolvido nas duas unidades de Cuidados Paliativos tentei maximizar os meus momentos de aprendizagem ao nível do papel do EESM como facilitador do processo de luto do cuidador principal, bebendo dos contributos dos pilares dos cuidados paliativos.

2.2.2. Desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria que facilitem o processo de luto do cuidador principal da pessoa com doença mental, associado à perda simbólica.

Como já referi inicialmente, trabalho há 13 anos num serviço de internamento de neurocirurgia/oftalmologia e há 11 anos num serviço de internamento de psiquiatria, pelo que a minha prática em saúde comunitária resume-se aos ensinamentos clínicos realizados durante o curso de licenciatura. Contudo, pretendo salvaguardar que embora a minha prática profissional não se desenvolva nesta área, estou ciente do papel fulcral e imprescindível, atribuído aos enfermeiros que trabalham na comunidade, sensibilizando-me para a panóplia de aspetos que nos distinguem no cuidado à pessoa portadora de doença mental e sua família/cuidador principal.

Apraz-me fazer referência à dificuldade por mim sentida inicialmente. Senti-me “perdida”, estava perante uma realidade nova. Refiro-me essencialmente às dinâmicas do serviço, construção dos registos de enfermagem [diferentes dos registos efetuados em contexto hospitalar (segundo a mnemónica ADIR-Avaliação, diagnóstico, intervenção e resultado), apesar de ser o mesmo programa e a mesma terminologia CIPE[®] versão 2], às consultas de enfermagem e às visitas domiciliárias.

Fui apelada a mobilizar conhecimentos já detidos, particularizando-os a cada situação, tendo imbuído toda a experiência de alguma criatividade, reflexão, análise e crítica, de modo a potenciar a adaptação ao novo contexto.

Consciente da importância da fundamentação da minha prática, realizei inúmeras pesquisas sobre diferentes temáticas, recorrendo à evidência científica relevante disponível através de ferramentas eletrónicas (bases de dados) e consulta de obras relevantes, de forma a enriquecer o meu corpo de conhecimentos, fundamentando as minhas intervenções e esclarecimento de dúvidas.

É fulcral a valorização das competências, visto que a rápida obsolescência dos saberes obriga a que a pessoa tenha a capacidade de se formar ao longo da sua existência.

“o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.” (OE, 2010, p. 1)

A minha integração no Centro de Saúde baseou-se à semelhança do contexto de internamento em Cuidados Paliativos, num conjunto de estratégias/atividades, nomeadamente conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional do centro de Saúde; Adaptar a prática clínica às contingências físicas, organizacionais e funcionais; Desenvolver competências ao nível do trabalho em equipa; Identificar o papel do EESM na comunidade; Conhecer e participar nos projetos no âmbito da saúde mental e psiquiatria; Conhecer a articulação/parcerias do Centro de Saúde com outras unidades de cuidados, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica (p. ex.: Hospital, Instituições Psiquiátricas e IPSS). A relação satisfatória que estabeleci, dentro da equipa de enfermagem e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, deste Centro de Saúde, facilitou o meu processo de integração no mesmo e consecução dos meus objetivos.

Como pude constatar através da observação e participação na prestação de cuidados no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, o EESM meu tutor, desenvolve um papel preponderante na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas vulneráveis, desajustadas ou desadaptadas, geradoras de sofrimento. Presta cuidados ao cliente inserido na família, grupo e comunidade, abrangido pelo Centro de Saúde. Para além de desenvolver CESMP, o EESM gere o programa de substituição de opiáceos no Centro de Saúde e integra equipa local de saúde mental. Neste contexto, realizei uma entrevista ao EESM (apêndice III) a fim de perceber qual a sua perceção enquanto facilitador de processos de luto.

A intervenção do EESM nos CSP vai ao encontro das diretrizes imanadas pela OMS, integradas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, onde são defendidos cuidados de saúde acessíveis a todas as pessoas portadoras de doença mental, com integração da família/cuidador principal nos mesmos, com o fito de promover a autonomia e integração social da pessoa portadora de doença mental e sua família (Ministério da Saúde, 2008). Assim, a intervenção em CSP alicerça-se no

mapeamento precoce das pessoas portadoras de perturbação mental e tratamento das perturbações comuns, na gestão e acompanhamento de pacientes psiquiátricos estabilizados, na referenciação e encaminhamento para outros níveis de cuidados, na atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e na promoção e prevenção de saúde mental (OMS, 2008).

Neste contexto iniciei o percurso primeiro por observar e acompanhar CESMP, posteriormente tive também oportunidade de ser a mentora de algumas CESMP com a supervisão do EESM. Debati com EESM previamente o estado de saúde dos clientes, inteirando-me das suas histórias e respetivo planeamento dos cuidados. Após cada consulta, procedemos à discussão das situações, com a finalidade de averiguar se a maneira como a consulta foi “conduzida”, foi a mais adequada, discutindo-se e refletindo-se sobre os aspetos a melhorar. Demonstrei uma atitude recetiva à crítica, auxiliando-me a impulsionar a minha aprendizagem, permitindo-me melhorar alguns comportamentos e intervenções.

Os clientes que chegam à CESMP podem ser encaminhados por qualquer técnico, com carta/informação de referência, ou a pedido do próprio ou família/cuidador. A gestão da agenda é da responsabilidade do EESM, dando seguimento a cuidados seguros e eficazes, com a consequente rentabilização de recursos.

No contexto da intervenção descrita, tive oportunidade de acompanhar pessoas portadoras de doença mental, familiares/cuidadores a vivenciar processo de luto após a perda do seu ente querido, mas também familiares/ cuidadores de pessoa portadora de doença mental, a experienciar processos de luto associados à perda simbólica, na CESMP.

As consultas realizadas foram geridas tendo por base os pilares da relação terapêutica, que de acordo com Pereira e Botelho, (2014) é central no processo de cuidar em ESMP. Os enfermeiros devem possuir os conhecimentos necessários para poderem estabelecer de forma efetiva estas relações. Deste modo, a afirmação da competência profissional passa por uma prática de cuidar centrada na relação de ajuda e da relação terapêutica. Esta relação centra-se na pessoa e não no problema, existindo uma confiança autêntica nas capacidades da pessoa que é ajudada (Simões, Fonseca, e Belo, 2006).

Neste sentido e indo ao encontro do meu objetivo geral para este contexto de ensino clínico, é premente, conhecer o universo familiar, como reage e convive com o doente mental no seu quotidiano (Borba, Schwartz, e Kantorski, 2008) e oferecer apoio e assistência à família, uma vez que sem esta, a reinserção do doente mental na comunidade ficará muito comprometida.

Indubitavelmente o aparecimento de uma doença no seio familiar leva a fragilidades, que poderão originar, na maioria das vezes, momentos de crise que conduzem inevitavelmente a processos de luto, muitas vezes não reconhecido (Presa, 2014). A mesma autora afirma que os pais “(...) sofrem a perda da «personalidade» do seu filho, do seu potencial, do seu papel na família e do futuro que esperavam para ele.” (Presa, 2014, p.83). Borba *et al* (2008), referem que a presença de sofrimento mental no ambiente familiar induz mudanças nas rotinas e hábitos da família, sendo revestido de um sentimento de impotência face à evolução da doença mental. O impacto do diagnóstico, a necessidade da sua consciencialização, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico produzem sobrecarga, conflitos, sentimentos de descrença, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste e desesperança, agravada ainda pelo estigma da doença mental.

Numa das consultas que tive oportunidade de realizar, deparei-me com uma mãe destruída pela doença mental grave do filho, já seguida no centro de saúde em CESMP há algum tempo. Nesta consulta emergiram diversos sentimentos em relação ao filho e à sua doença, referindo frequentemente “devo ter feito alguma coisa de mal para ele estar assim...”, sic. “Sabe senhora enfermeira, oxalá nunca tenha de passar por isto.”sic Presa (2014) afirma que estes pais são obrigados a lidar com um filho que está vivo, mas diferente, conduzindo a “(...) uma situação de cuidar exigente, frustrante e assustadora.” (p. 83)

Durante a CESMP, ajudei esta mãe a identificar sentimentos emergentes de culpa, de raiva, ansiedade e tristeza, facilitei a identificação de estratégias que por hábito adota perante estas emoções, desmistifiquei mitos e crenças. Por fim, sugeri à cliente um momento de relaxamento através do treino da respiração.

Esta intervenção integra-se no âmbito das intervenções autónomas do EESM, de cariz psicoterapêutico e com evidência científica na redução da ansiedade e *stress*.

Ergas (2001) afirma que ao, “actuar ao nível da respiração permite controlar os efeitos negativos das situações emocionais.” (p. 58)

No fim da consulta, antes de sair do gabinete a cliente referiu uma sensação de bem-estar, sugeri a utilização desta técnica no domicílio, bem como adotar estratégias promotoras da sua saúde mental.

Ao longo da consulta fui invadida por um turbilhão de sentimentos, ecoando o que percecionava desta mãe. Não sou mãe, mas esta situação deixou-me desconfortável. Fui apelada a mergulhar nos meus sentimentos quando a senhora me disse “oxalá nunca passe por isto”. Não consigo de todo imaginar. Deve ser muito violento para uma mãe educar e criar um filho, e na altura de o deixar voar, ele permanecer no “ninho”, confrontando-se diariamente com a perda do filho imaginário. Ali, no aqui e no agora, senti alguma tristeza e medo a invadir-me. Medo de um dia poder estar no lugar daquela mãe e deparar-me com esta dicotomia entre o filho imaginário e o real.

Apercebi-me do seu resultado em mim, percebendo paulatinamente que esta mãe estava disponível para o desenvolvimento da nossa relação, pois deixou que os nossos mundos se encontrassem. Deixou-me entrar e contemplar o seu íntimo e nele tomar consciência de mim.

Acompanhei uma outra cliente, cujo filho é seguido há algum tempo em CESMP e que mensalmente lhe é administrada medicação injetável. Esta mãe referiu que o processo de adaptação ao processo de doença do filho tem sido contínua, pois depara-se habitualmente com a dicotomia do filho imaginado com o filho real. “Cada dia é um dia novo... tudo pode mudar”, sic. Nesta consulta a minha abordagem passou por intervenções de âmbito psicoeducativo. Foram abordados alguns conhecimentos relativos à doença mental do filho, a importância da adesão ao regime terapêutico, sentimentos e emoções emergentes, consequências negativas da doença para ela e objetivos pessoais concretizáveis ao longo do processo terapêutico.

Os problemas relacionados com dependências, concretamente com a dependência do álcool foram igualmente motivos de algumas CESMP, quer a pessoas com problemas de dependência de álcool quer os seus familiares/cuidadores.

Acompanhei um cliente juntamente com a sua irmã, visivelmente destruída emocionalmente pelas consequências da dependência do álcool no seu irmão. Este iniciou um padrão de consumos marcados após a perda da mãe há 6 meses.

Atendendo ao tempo da perda não podemos falar num luto complicado, porém este processo de luto poderá assumir contornos compatíveis com a sua psicopatologização, transformando-se num luto de carácter aditivo, a ser averiguado posteriormente. Barbosa (2016) descreve esta psicopatologização do luto, quando a pessoa adota comportamentos aditivos como maneira de manter a negação ou a dissociação das emoções, para evitar o sofrimento.

Nesta interação com este senhor, com problemas de dependência de álcool senti alguma dificuldade em gerir os meus sentimentos, visto que o cliente já tinha estado em coma após uma queda induzida pelo álcool, apresentando sequelas. Phaneuf (2005) valida a experiência por mim vivida, referindo que não é fácil aceitar este comportamento quando se sabe o seu efeito destruidor na vida das pessoas.

Refleti com o orientador e discutimos a situação, avaliámos e delineámos estratégias a fim de abordarmos na consulta seguinte. Neste sentido, com intuito de oferecer a melhor resposta, para aquela pessoa e naquele contexto, foi proposto o seguimento do cliente em consulta de psiquiatria com possível internamento numa instituição psiquiátrica. Conversamos com o senhor e explicamos quais os caminhos que tínhamos para lhe oferecer, levando-o a tomar consciência do seu comportamento.

A resposta ecoou como um pedido de ajuda, solicitando internamento. Fizemos articulação com a Instituição em questão, através de contacto telefónico, agilizando todo o processo de recuperação do cliente.

Relativamente à irmã, também ela devastada pela morte da mãe, mas também pelo facto de conviver diariamente com o irmão alcoolizado, referindo que já não o reconhece, planeámos seguimento na CESMP. Esta consulta foi agendada com o objetivo de facilitar o processo de adaptação às perdas: real da sua mãe e simbólica do irmão, com dependência do álcool.

Neste sentido, uma das primeiras intervenções prendeu-se com: identificação dos mediadores do luto, que analisados segundo a Betty Neuman, concorrem a *stressors* internos ou externos do sistema do cliente; fortalecimento da linha normal e flexível de defesa através da expressão de sentimentos e emoções; identificação dos recursos internos e fatores de reconstituição.

Numa outra consulta de seguimento, como forma de facilitar o processo de adaptação e visto que a cliente referia que não se tinha despedido da mãe, convidei

a cliente a fazer uma carta de despedida. Carqueja (2017) refere que a escrita “permite traduzir experiências para linguagem, construindo uma narrativa coerente, facilitando a integração de pensamentos e sentimentos. Transforma a relação da pessoa com o problema, distanciando-se e registrando as suas mudanças, que serão úteis se o problema voltar a surgir.” (p. 79)

Relativamente à perda simbólica, poderia ter optado também por uma intervenção de âmbito psicoterapêutico, porém, em conversa com o orientador decidiu-se optar primeiro pela escrita da carta para posteriormente ser abordado as questões relacionadas com a perda simbólica.

Várias foram as situações de acompanhamento por perda de cônjuges, nas CESMP. Estes referem que a perda do cônjuge trouxe consigo “(...) a perda do melhor amigo, do amante, do companheiro e do confidente.” (Presa, 2014, p. 85). Esta “afluência” à CESMP teve maior representatividade após a época natalícia. De acordo com Barbosa (2016), ao longo do processo de luto surgem recordações, algumas conscientes, outras inconscientes e outras traumáticas, que devem ser acolhidas. Estas podem estar relacionadas com aniversários ou datas especiais. Deste modo, umas das preocupações nestas consultas foi questionar como tinha decorrido esta época festiva. Época vivida intensamente, marcada pelo encontro e confraternização da família e amigos.

O agendamento de consultas deste cariz, não foi inócua. Em dezembro tive a oportunidade de agendar as mesmas com o EESM, com o objetivo de perceber como as pessoas se sentiram e viveram essa época festiva. Parafraseando Barbosa (2016), a expressão de sentimentos e emoções e “(...) de encontrar/«libertar» o seu significado pessoal único permite ficar livre para recordar, sem muita dor mental, tudo o que até aí foi alvo de evitamento (...) ou de procura obsessiva de reencontro real ou simbólico.” (p 32) Chalifour (2009) acrescenta que “ as emoções são inatas, é preferível manifestá-las, partilhá-las e «ventilá-las». A negação destas emoções ou a sua omissão não as fazem desaparecer. A pessoa enlutada deve aprender a comunicar a suas emoções.” (p.242)

Neste contexto de perda de cônjuge realizei uma primeira consulta a uma cliente que tinha perdido o marido de forma repentina após uma queda. Como qualquer primeiro contacto, este, é de extrema importância para a relação terapêutica.

É fundamental cuidar do primeiro contacto, tomar o tempo necessário, para lhe permitir sentir-se à vontade connosco.

Durante esta consulta, senti-me, como direi, por vezes perdida... Perdida no meu mundo, perdida a tentar encontrar as palavras, para nelas levar algum conforto. Senti-me frustrada por não as encontrar. Senti medo. Medo de não conseguir fazer transparecer uma verdadeira compreensão empática. Ao não encontrar nas palavras o conforto desejado, aproximei-me e toquei-lhe o braço. Neste não houve lugar para incongruência, demonstrei-lhe o quanto estava sintónica e empática com o seu sofrimento. Senti a aceitação da cliente.

O toque é um elemento constituinte da comunicação não-verbal, de acordo com (Chalifour, 2008) e pode ser entendido como uma forma de contacto mais direto, porém de acordo com o mesmo autor é necessário ter alguma prudência na sua utilização e na sua finalidade. “O toque serve para receber e transmitir informação” (Chalifour, 2008 p. 134). Phaneuf (2005) afirma o mesmo na sua obra, referindo que o toque faz parte da comunicação não verbal, revestido de um simbolismo muito grande. Esta autora, acrescenta ainda que o toque “transmite por vezes mais sentido das nossas mensagens que as próprias palavras” (Phaneuf, 2005 p. 45). Por sua vez (Townsend, 2011), atribui o adjetivo “poderoso” ao toque, como ferramenta de comunicação.

Esta consulta foi importante no sentido de conhecer as expectativas, compreender as dificuldades e como estas afetam a cliente no dia-a-dia, e sobretudo demonstrar que aconteça o que acontecer, poderá contar connosco. Sobre esta cliente desenvolvi um estudo de caso, com algum nível de complexidade, atendendo à situação em questão. A escolha deste caso para análise resultou da oportunidade proporcionada pelo mesmo, para aprofundar conhecimentos sobre o processo luto, a história de vida da cliente e a disponibilidade da mesma em colaborar para a realização deste estudo.

De seguida apresento um esquema representativo do sistema da cliente de acordo com o modelo de Betty Neuman.

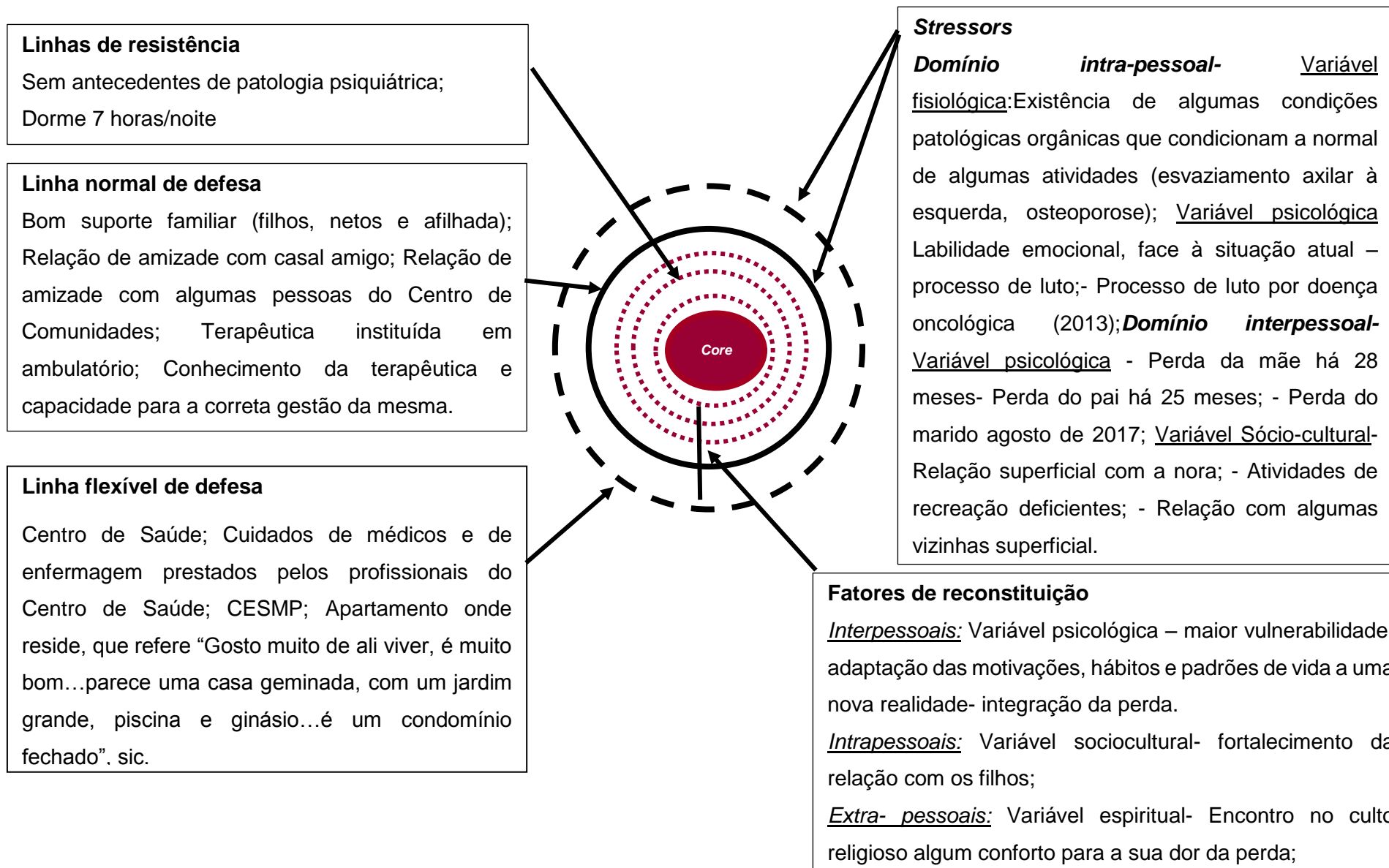


Figura 1 - Representação esquemática do sistema da cliente de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

A minha intervenção nesta cliente foi no sentido de fortalecer as linhas: normal e flexível de defesa através de uma relação assente nos pressupostos da relação terapêutica, com vista a: Apoiar o processo de luto; promover a expressão de sentimentos e comunicação de emoções; promover fatores protetores da saúde mental, de forma a evitar o desequilíbrio da homeostasia do sistema.

No decorrer do estágio neste contexto, na CESMP senti necessidade de aplicar o Instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13, adaptado e validado para a população portuguesa por Delalibera (2010). Pedi autorização para a sua utilização, aos autores da sua validação e adaptação, sendo favorável, bem como à Comissão de Ética. A autorização da Comissão de Ética não foi dada em tempo útil.

Os clientes já seguidos pelo EESM encontravam-se num processo de luto por morte de um ente significativo entre os 6 e 15 meses. Apesar de não haver a possibilidade de acompanhar a mesma pessoa em diferentes tempos do processo de luto, evidenciou-se a evolução em termos de experiência intensa e diária de ansiedade de separação, da experiência intensa e diária de ansiedade de separação e sintomatologia cognitivo-comportamental associada à perda, das pessoas com mais “tempo de luto”. Importa contudo ressaltar que “o luto faz-se necessariamente com o tempo, mas depende também do que se faz com esse tempo: sem cuidados adequados pode piorar” (Barbosa, 2016, p.121).

Reconheço que o facto de não ter tido a autorização atempada para aplicação do referido instrumento, constituiu uma limitação, tornando-se num vazio no diagnóstico efetivo do luto prolongado/complicado. A utilização deste instrumento, permite a avaliação da severidade das manifestações de luto e se evite rotular como patológica uma reação normal, por vezes confundida com quadros de depressão e ansiedade, incorrendo no desajuste da intervenção (Delalibera, 2010).

Ao longo das consultas por mim desenvolvidas com a supervisão do EESM, as intervenções especializadas de ESMP, focalizaram-se em identificar as necessidades da pessoa/família/cuidador; permitir o esclarecimento de dúvidas e ensino de estratégias; promover a compreensão e aceitação da doença mental, integrando as perdas daí advindas; promover a expressão de emoções e sentimentos; favorecer a partilha de experiências e estimular a capacidade reflexiva; promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos; dar a conhecer os recursos existentes na comunidade para cada caso específico.

Realço a situação de uma visita domiciliária que efetuamos (eu, EESM e a técnica de serviço social) nos primeiros dias do estágio. Aqui, quando visitamos a casa do cliente, temos de ter consciência que entramos em contacto com a dimensão mais íntima e tudo o que a compõe e envolve, possibilitando a observação do cliente no seu espaço. A visita neste contexto torna-se fundamental tal como afirmam Labate, Galera e Avanci, (2004), proporciona aos profissionais de saúde uma observação da pessoa no seu contexto. Desta forma, os mesmos autores referem que enquanto profissionais, devemos estar conscientes da existência destes espaços, das ténues barreiras entre eles, compreendendo que quando chegamos à casa de um cliente estamos invadindo o espaço privado.

Esta situação tratava-se de um cliente com 65 anos, divorciado a viver com a mãe com síndrome demencial, até então. Este cliente já era seguido em CESMP, há já algum tempo, com o diagnóstico de abuso crónico do álcool, abstinente há 10 anos. A visita foi agendada com o objetivo de perceber como o cliente se encontrava e como estava a reagir à institucionalização recente da mãe, atendendo à relação entre os dois.

Uma vez mais temos uma forma de luto, pouco reconhecida mas merecedora de toda atenção. Deste modo, o EESM agendou nova visita uma semana depois, a fim de monitorizar a situação. Barbosa (2010b) refere que “quando se prevê que possam surgir, ou se detetam situações de luto patológico, o apoio dos profissionais de saúde não se pode limitar a uma única visita (...)” (p.758).

Toda esta situação perturbou-me e a verdade é que a minha intervenção limitou-se na observação do contexto e em algumas palavras de apoio e incentivo ao cliente. A falta de conhecimento acerca da história familiar e por ser a primeira visita, fez com que tivesse uma atitude menos ativa, sem deixar de ser assertiva e empática no meu discurso.

Quando este homem falou sobre o momento em que a mãe saiu de casa, veio-me logo ao pensamento, como me sentiria se visse alguém que gosto muito sair do meu pé, para ficar institucionalizado. E se fosse eu a estar ali? É difícil não relacionar estas situações que nos vão surgindo com a prática clínica com a nossa vida privada, sendo premente termos a capacidade de as gerirmos, conhecendo-nos cada vez melhor.

Particpei na reunião da equipa de saúde mental local. Nesta reunião contamos com a presença dos 2 EESM, do MGF, da técnica de serviço social e de uma psicóloga. Foram discutidos casos clínicos, nomeadamente o caso do cliente alvo da visita domiciliária e respetiva orientação. Nesta reunião ficou agendada nova visita domiciliária a ser realizada pelo MGF e EESM (Verificar a adesão ao regime terapêutico e a necessidade do seu ajuste); providenciar visita do cliente quando se sentir preparado, ao lar onde a mãe foi institucionalizada; sugerir o reingresso do Sr. M. nas atividades do centro de dia.

A especificidade da EESMP consiste na “incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social” (Nabais, 2008, p. 40). Deste modo, planeei, implementei e avaliei uma atividade de âmbito psicoterapêutico. (apêndice VIII)

Neste sentido, foi realizada uma visita domiciliária uma IPSS, no âmbito da parceria estabelecida entre a mesma e o SESARAM, através do Centro de Saúde. Esta foi devidamente planeada e articulada com a assistente social da referida instituição, com intuito de promover o treino de competências emocionais através de uma sessão de âmbito psicoterapêutico intitulada “Reconheça como se exprime”. Esta sessão surgiu assente na premissa que estes clientes são confrontados diariamente com uma panóplia de perdas reais ou simbólicas, o que os faz experimentar de forma única e singular diversos processos de luto.

É sabido, que em muitas pessoas portadoras de doença mental há uma diminuição da expressão emocional, diretamente relacionada com a diminuição da expressão não só relativamente à face, mas também ao contacto do olhar, na prosódia e no jogo de mãos que permitem dar ênfase ao discurso (APA, 2013).

Urge assim a necessidade de potenciar a expressão de emoções/sentimentos, pois este treino possibilitará, por exemplo, a comunicação de estados próprios e saber o que acontece aos outros, requisitos chave para a regulação emocional e relações sociais. O processo de reconhecer as suas emoções/sentimentos e interpretá-los permite que o indivíduo possa escolher novos caminhos e encontre outras soluções perante as dificuldades da vida (Ribeiro e Rodrigues, 2004).

Foi a primeira vez que implementei uma intervenção deste âmbito, sem ser em ambiente “protegido”, o que me causou alguma ansiedade e insegurança, tornando-me mais vulnerável, reconhecendo porém que a preparação prévia foi preponderante para o meu desempenho.

Inicialmente senti-me ansiosa, porém não mais podia voltar atrás... Procurei tranquilizar-me... numa fase inicial ainda com o pensamento muito focado nos resultados esperados ...porém rapidamente descontraí um pouco e entreguei-me ao momento...afinal tinha sido eu a planear a sessão...tinha lido e relido várias vezes, tinha a sessão completamente interiorizada.

Considero que a imprevisibilidade deste tipo de momentos e o facto de ser uma experiência nova potenciou a minha ansiedade, traduzindo-se em alguma expectativa, no sentido de dar resposta, de corresponder ao que julgava ser pretendido e por nestas situações tentar controlar tudo. Porém percebi uma vez mais que se tiver mais confiança naquilo que sei e faço, conseguirei controlar este foco de ansiedade mas facilmente. Estou certa de que se tratou de um processo de aprendizagem muito importante e muito rico.

O contacto que tive ao longo deste contexto de estágio, com as pessoas portadoras de doença mental e familiares em processo de luto por perda simbólica, bem como pessoas em processo de luto por perda real de familiares, permitiu-me aprimorar aspetos da relação terapêutica, nomeadamente a comunicação terapêutica. Esta por sua vez é configurada e configura uma relação terapêutica, através da qual é possível observar e compreender o funcionamento mental quer do cliente quer do clínico através das transformações inerentes às tentativas de encontro do par terapêutico (Morais, 2010).

De forma gradual fui estabelecendo relações terapêuticas mais autonomamente permitindo deste modo planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria. O papel do enfermeiro “ é oferecer ao cliente, sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar, como quiser, para resolver o seu problema” Lazure (1994, p.13). Johansson, SkÄRsÄTer, e Danielson (2007, citados por Pereira e Botelho, 2014) salientam que as relações terapêuticas de sucesso são pautadas pelo respeito, gentileza, flexibilidade, proximidade, suporte por parte do enfermeiro e disponibilidade para ouvir.

Vários foram os momentos de reflexão, e deste dar-me conta de mim, discernir sobre a maneira como as minhas características influenciam a qualidade da relação, conseguindo identificar sentimentos e emoções, fenómenos de transferência e contratransferência, a forma como o sofrimento do outro ecoava em mim. “a imersão do enfermeiro na realidade do outro resulta também numa experiência de dor e sofrimento para o próprio” (Diogo 2017,p.26).

É importante pois, que estejamos atentos ao que se passa connosco em relação aquilo que experienciamos numa relação terapêutica como a relação de ajuda, (Phaneuf,2005) e percebermos “(...) que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos” (Chalifour, 2008, p 23).

Realço que sendo este estágio no âmbito dos cuidados primários, uma novidade, a minha experiência e capacidade de respostas a situações desta natureza, eram de facto primárias, podendo incorrer em intervenções desajustadas face às necessidades manifestadas, no entanto, acho que o background que possuo na área do internamento de psiquiatria foi uma mais-valia, bem como toda a pesquisa realizada e os momentos de reflexão e partilha com o EESM. Assim, considero que o objetivo por mim proposto foi alcançado com sucesso.

2.3 Reflexão sobre o desenvolvimento de competências EESM

Uma vez expostas as atividades/estratégias concretizadas, inerentes ao projeto de autoformação, é chegado o momento de refletir sobre o percurso trilhado, sobre os feitos alcançados com vista à aquisição de competências enquanto EESM, padronizadas pelo Regulamento de Competências Específicas do EESM, da OE.

De acordo com este Regulamento, o EESM um profissional diferenciado, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, que lhe permitem durante a praxis, mobilizar competências de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Competências estas, desenvolvidas neste percurso e que as abordarei especificamente de seguida.

A consciência profissional decorre da panóplia de desafios do dia-a-dia, reforça a necessidade do constructo de novos saberes e novas aprendizagens. Esta noção de que a aprendizagem acontece em diferentes contextos e situações da vida reflete a nossa capacidade para aprender a aprender e aprender sozinhos e em

sociedade, pois é na relação com os outros que descobrimos o nosso verdadeiro eu. “Conhecer e entender-se a si próprio aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias” (Townsend, 2011, p. 122). A partir do autoconhecimento estamos “capacitados” a reconhecer a vulnerabilidade pessoal e poder desenvolver aptidões.

Tal como evidenciado anteriormente através da descrição das atividades, os cuidados de enfermagem especializados neste domínio implicam uma avaliação dos conhecimentos e comportamentos da pessoa, grupo ou comunidade, de forma a estabelecer os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. Consequentemente, as situações complexas com as quais nos deparamos no quotidiano, acarretam uma tomada de decisão e consequente ação que só serão exequíveis, se tivermos identificadas as nossas emoções, sentimentos e valores pessoais e circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica e/ou na equipa multidisciplinar.

Deste modo, as reflexões realizadas, durante e depois da passagem pelos diferentes campos de estágio, foram fulcrais para o desenvolvimento do autoconhecimento, desta tomada de consciência do meu “eu” e do meu “sentir”, do meu impacto na qualidade das relações terapêuticas estabelecidas, neste processo enquanto facilitadora de processos de luto.

Cada momento da relação estabelecida constituiu não só um conhecimento do outro, mas também de mim, enquanto pessoa, reconhecendo e identificando sentimentos e emoções, valores e juízos de valor, o que me permitiu gerir fenómenos de transferência e contra transferência e o seu impacto no meu “eu” e na relação terapêutica.

Este mergulho no meu “eu”, não foi isento de trabalho e algum “sofrimento”. Deparei-me com algumas resistências, fragilidades, potencialidades e conflitos internos, porém esta tomada de consciência de mim, fez com que não os trouxesse para a relação, interferindo deste modo na sua qualidade e consequente qualidade de vida do cliente, alvo dos cuidados. Importa salvaguardar que este é um processo que apenas foi iniciado, pois é um dos mais importantes da vida e pelas características do cuidar em ESMP terá de ser um *continuum*.

Neste percurso formativo vários foram os estímulos. O feedback dos EESM orientadores em cada campo de estágio e da restante equipa de enfermagem, foram

fulcrais para paulatinamente atingir a congruência entre a auto e a heteropercepção das situações vividas. O papel paciente e persistente da professora orientadora foi igualmente marcante para este constructo de tomada de consciência de mim.

Acredito que este processo formativo tenha contribuído amplamente para o desenvolvimento da primeira competência específica do EESM, patenteada no referido regulamento, nomeadamente: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010, p.2).

A experiência do cuidar em cuidados paliativos, desenvolvida ao longo do contexto de estágio em internamento, permitiu que ao cuidar da pessoa em cuidados paliativos tivesse a sua família como parceira e alvo desses mesmos cuidados.

Este percurso permitiu-me aprimorar competências relacionais e comunicacionais, pois de uma forma gradual fui estabelecendo relações terapêuticas mais autonomamente permitindo planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, bem como avaliar o impacto da doença e todas as perdas daí advindas, na pessoa e na família. Nesta avaliação tive presentes os mediadores do luto, como possíveis fatores promotores ou de risco à saúde mental do indivíduo e família e *stressors* do sistema.

Neste contexto pude experimentar a importância que o EESM assume na promoção da saúde mental num momento de tamanho sofrimento, cujos *stressors* concorrem para a desestabilização da homeostasia do sistema individual e familiar.

A experiência de cuidar na comunidade de pessoas portadoras de doença mental, de pessoas em processo de luto por perdas simbólicas e reais, foi uma mais-valia igualmente para o desenvolvimento das competências anteriormente descritas.

Perante as atividades que descrevi, acredito ter implementado um projeto virado para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, intervindo junto do indivíduo e sua família e facilitando os diferentes processos de luto. Consequentemente afirmo que desenvolvi a competência específica: “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2010 p.4).

A 3ª competência imanada pela OE (2010) através do regulamento pressupõe sistematização, análise dos dados, diagnóstico, planeamento e implementação de cuidados, de forma a promover a saúde mental, minimizando a doença e as suas

complicações. Deste modo o EESM “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (p. 5)

Considero que esta competência foi sendo desenvolvida em diversos momentos ao longo dos estágios, de forma particular em contexto da comunidade. Considero como aspeto facilitador da aquisição desta competência a experiência que detenho em internamento de psiquiatria, fator preponderante para a identificação de sinais e sintomas de descompensação/emergência de doença mental, planeamento e avaliação dos cuidados.

Por fim, a OE (2010) apresenta como 4ª competência: “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (p.7) Esta competência está diretamente relacionada com o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas ao indivíduo portador de doença mental e à sua família. A explanação desta competência foi pautando paulatinamente o meu percurso ao longo dos campos de estágio, através da relação terapêutica como intervenção de âmbito psicoterapêutico.

No que concerne a intervenções de âmbito psicoeducacional, numa fase inicial em contexto de internamento foram dirigidas à pessoa em cuidados paliativos e sua família/cuidador, assentes na promoção de fatores protetores da saúde mental, com vista à prevenção de complicações e psicopatologização do luto. Posteriormente em contexto de comunidade dirigida à família/cuidador da pessoa com doença mental, potenciando conhecimentos e estratégias de *coping*, bem como à pessoa portadora de doença mental no sentido de promover a adesão ao regime terapêutico e conhecimento da doença.

A experiência de ter sido mentora de uma atividade de grupo numa IPSS foi perentória para a capacitação de trabalhar um grupo, aceitando todos os desafios e dificuldades daí advindos, mobilizando conhecimentos no que concerne a atividades de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico.

Em suma, considero que o projeto traçado com consequente implementação nos diferentes campos de estágio foi profícuo ao desenvolvimento e aquisição das competências do EESM.

CONCLUSÃO

Findando o presente relatório, revela-se fulcral propalar a arduidade subentendida ao mesmo. Conquanto, foram alcançados todos os objetivos estipulados e superadas as adversidades encontradas. A reflexão crítica como alicerce do percurso trilhado permitiu o desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem de saúde mental, tendo as intervenções do EESM como facilitador do processo de luto, como foco.

A minha prática clínica, nos diferentes contextos, foi pautada por uma atitude proactiva, em constante prossecução de novas experiências enriquecedoras, não só a nível profissional, mas sobretudo pessoal. Acredito ter conseguido aliviar o sofrimento das famílias que acompanhei, numa fase de vida familiar stressante e perturbadora da sua homeostasia.

Apesar da complexidade da temática, de mergulhar no íntimo sofredor e despedaçado do outro, este percurso proporcionou-me o confronto com as minhas fragilidades, resistências, medos e feridas, identificando sentimentos, emoções, comportamentos e fenómenos de transferência e contratransferência. Apesar de eupático foi preponderante para este conhecimento de mim, para assim fazer-me instrumento nas relações terapêuticas desenvolvidas, como facilitadora de processos de luto. Deste modo esta caminhada permitiu-me desenvolver, de forma mais intensa, a primeira competência enquanto EESM, “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE,2010, p. 2).

Todas as intervenções de enfermagem especializada em Saúde Mental descritas neste relatório tiveram por base a premissa que o EESM atua na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental; visando sempre a homeostasia de todo o sistema (indivíduo, família e/ou comunidade). Isto faz com que a enfermagem em saúde mental tenha sofrido algumas metamorfoses ao longo dos anos, evoluindo e diferenciando-se das outras áreas de especialização.

Assim, a intervenção especializada de ESMP, com as competências e conhecimentos que lhe são inerentes, pode ajudar de forma eficaz e decisiva as pessoas em processo de luto, quer seja luto em contexto de perda simbólica na doença mental ou perda real na doença oncológica, de forma a fortalecer as linhas:

normal e flexível de defesa do sistema. Neste sentido todas as intervenções foram sustentadas nos pressupostos da relação terapêutica (enquanto intervenção psicoterapêutica) e em intervenções de âmbito psicoeducacional. Houve uma promoção efetiva, por esta via, da aceitação da realidade da perda; da expressão de sentimentos e emoções relacionados com a mesma; da resolução dos problemas práticos causados pela perda; da despedida e a possibilidade de encontrar sentido e satisfação na vida; mapeando e intervindo de forma a prevenir complicações e psicopatologização do luto (como de facto, pude constatar nos diversos contextos práticos).

Concomitantemente, o trilhar deste percurso académico, bem como a consecução deste relatório, não foram isentos de dificuldades e fragilidades.

Começando pela minha pouca experiência no desenvolvimento de relações terapêuticas em contexto de sofrimento por vezes atroz, não apenas físico mas também psicológico, onde emergem questões de vida e de morte, de sentido e finitude, de amor.

Outro aspeto que inicialmente considerei dificultador, mencionado na descrição das atividades numa das UCP's, tornou-se potenciador deste crescimento pessoal, pois mergulhada no íntimo do meu ser resiliente, consegui beber da experiência vivida, explanando as competências relacionais e comunicacionais, inerentes ao EESM.

Não raras as vezes senti-me perdida, frustrada e desanimada, pensando frequentemente se valeria a pena continuar. Hoje, encontro-me aqui e agora, convicta que desenvolvi um bom trabalho, sendo eu o principal agente do meu próprio crescimento. Se voltasse ao início, tornaria a almejar percorrer o mesmo percurso.

Assim... refleti, questionei e voltei a refletir: conclui que realmente se tornou profícuo a realização deste trajeto, apesar de todas as contrariedades encontradas.

Permaneço confiante que o EESM poderá ser a “âncora”, o “bálsamo” na vida das pessoas enlutadas; acreditando que independentemente do problema, cada um é portador dos recursos para a sua cura. Ao EESM cabe ajudar os reféns da dor da perda na gestão das suas emoções e sentimentos, integrando-a nas suas vidas, evitando a complicação e psicopatologização do luto, que “(...) não sendo uma doença, pode, muitas vezes, fazer sofrer mais do que determinadas doenças. Daí que

as pessoas em luto devam ser alvo de uma especial atenção pelos serviços de saúde” (Carqueja, 2017, p.87).

Partilho, por fim, a ambiguidade de sentimentos vivenciados neste momento: por um lado, sou confrontada com a satisfação de ver todo o meu esforço materializado – algo que se adivinhava de difícil concretização – fruto, em determinadas etapas, de um processo inclemente, tortuoso e solitário. Noutra perspetiva, permanece o sentimento do percurso académico ter terminado, com a firme certeza de dar continuidade a esta praxis, cumprindo os pressupostos inerentes à intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A; Fernandes, A; Vieira, Joana; Correia, Ricardo; Gomes, Simone (2008) Doença mental... Um sofrimento nas entrelinhas... Póster apresentado *XI Jornadas de Identidade, Filosofia e Cultura Hospitaleira- "Competências em Saúde Mental"*, Lisboa, 4-5 de Dezembro de 2008
- Albuquerque, E., e Cabral, A. S. (2015). Introdução. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Temas fundamentais em Psico-oncologia* (pp. XIX-XXI). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Association, A. P. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed editora Lda.
- Baker, A. E., e Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, pp. 287-294.
- Barbosa, A. (2010 a)). Processo de Luto. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010 b)). Apoio à Família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010c). Sofrimento. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 569-593). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2015). Luto em Psico-oncologia. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-oncologia Temas fundamentais* (pp. 85-111). Lisboa: Lidel.
- Barbosa, A. (2016). *Fazer o Luto*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barreto, P., Torre, O. d., e Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9, pp. 355-368.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal: Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On Line*, pp. 1-5. Acedido a 14 de março de 2018, obtido de <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Borba, L. O., Schwartz, E., e Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21 (4), pp. 588-594.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss Learning to live with unresolved grief*. London, England: Harvard University Press.
- Braz, M. S., e Franco, M. H. (jan-mar. de 2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciências e Profissão*, 37 n.º 1, pp. 90-105.
- Carqueja, E. (2017). Luto: um processo dinâmico. Em H. Salazar, & M. Paulino, *Intervenção psicológica em Cuidados Paliativos* (pp. 57-86). Lisboa: Pactor.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Coelho, A., Delalibera, M., Barbosa, A., e Lawlor, P. (2015). Prolonged Grief in palliative Family caregivers: a pilot study in a portuguese sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72 (2), pp. 151-164.
- Coelho, M. T., e Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Como a caracterizam os Enfermeiros. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, pp. 31-38.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005) *LIVRO VERDE Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas

- Costa, M. (2004). Relação enfermeiro-doente. Em C. M. Neves, & S. Pacheco, *Para uma Ética da Enfermagem-desafios* (pp. pp. 229-235). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.
- Delalibera, M. A. (2010). *“Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)”*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa-Faculdade de Medicina de Lisboa, Liosboa.
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional do enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, pp. 20-30.
- DGS. (2016). *Portugal Doenças Oncológicas em Números -2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Durbán, M. V., Higuera, J. C., e Loarte, M. M. (julho de 2016). Duelos familiares o colectivos. Diseño de una escala de actitudes hacia los niños en procesos de duelo. *Revista de Psicoterapia*, 27, pp. 167-179.
- EAPC (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2- Recommendations from the European Association. *European Journal of Palliative Care*, 17 (1), pp. 22-33. Acedido a 04 de abril de 2018, disponível em <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>
- Ergas, F. (2001). *Viver sem stress, com o método sofrológico*. Men Martins: Publicações Europa-América.
- Fortin, M. F., Côté, J., e Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guldin, M. B. (2014). Complicated Grief- a challenge in bereavement support in palliative care: an update of the field. *Progress in Palliative Care*, 22 n. 3, pp. 136-142.
- Hatano, Y., Aoyama, M., Morita, T., Yamaguchi, T., Maeda, I., Yoshiyuki Kizawa, S. T., Miyashita, M. (Fevereiro de 2017). The relationship between cancer patient's place of death and bereaved caregivers mental health status. *Psycho-Oncology*

Journal of the psychological, social and behavioral dimensions of cancer, pp. 1-6.

Labate, R. C., Galera, S. A., e Avanci, R. d. (set/out de 2004). VISITA DOMICILIÁRIA: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Rev Bras Enfermagem*, pp. 627-628.

Lamas, B. (12 de maio de 2014). *A Reflexão em Ensino Clínico – uma estratégia para o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem*. Acedido a 13 de fevereiro de 2018, disponível em Nursing.pt: <http://www.nursing.pt/a-reflexao-em-ensino-clinico-uma-estrategia-para-o-desenvolvimento-de-competencias-do-estudante-de-enfermagem/>

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Ministério da Saúde, A. C. (2008). *Plano Nacional De Saúde Mental 2007-2016- Coordenação Nacional Para A Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Morais, R. (2010). Alguns aspectos da comunicação em psicoterapia. *Cadernos de Comunicação e Linguagem*, (2), 115-127.

Moreira, S. M., e Branco, M. (2015). Adaptação familiar à doença e ao ciclo de Vida. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-oncologia Temas fundamentais* (pp. 43-54). Lisboa: Lidel.

Moris, S. E., e Block, S. D. (2015). Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institutional Bereavement Program. *Journal of Palliative Medicina*, 18, nº 11, pp. 915-922.

Nabais, A. (outubro de 2008). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Pelo acesso equitativo a cuidados de qualidade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, p. 24.

Nave, A. C. (2013). O processo de Luto em Worden. Em A. Barbosa, *Olhares sobre o luto* (pp. 127-142). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nave, A. C., e Moura, M. d. (2015). Ciclo de vida, personalidade e coping. Em A. S. Emília Albuquerque, *Psico-oncologia, Temas fundamentais* (pp. 35-42). Lisboa: Lidel.

- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Rev Port Clin Geral - Dossier de Cuidados Paliativos*, n. 19, pp. 68-74.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (Fifth Edition ed.). United State Of America: Pearson.
- Novo, S. M. F., Galvão, A. M., & Rodrigues, S. F. G. B. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. In *2º Congresso Internacional "Novos Olhares na Saúde"*. (pp. 518-529). Escola Superior de Enfermagem de Chaves Dr. José Timóteo Montalvão Machado, UTAD, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- OE (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 04 de janeiro de 2017, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE (2011). *CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES sob encomenda da Direção-Geral da Saúde.
- OMS (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de Saúde Primários- Uma perspectiva global. Lisboa, Portugal. Acedido a 19 de fevereiro de 2018, disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Pazes, M. C., Nunes, L., e Barbosa, A. (nov./dez. de 2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspetiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 3*, pp. 95-104.
- Pereira, P., e Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfemagem*, 18, pp. 61-73.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. C. (março de 2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1, pp. 62-69.
- Presa, J. (2014). Luto e perdas ao longo da vida. Em A. Barbosa, *Contextos do Luto* (pp. 65-90). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., e Neto, I. G. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rebelo, J. E. (2003). *Contributos para o estudo do processo de luto*. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária. Porto. Acedido em 09 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://olp.speil.pt/images/lutoteca/4_dissert/Rebelo2002_Mestrado.pdf
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, pp. 373-380.
- Reed, K. S. (january de 2003). Grief Is More than Tears. *Nursing Science Quarterly*, 16 n.º 1, pp. 77-81.
- Ribeiro, J. P., e Rodrigues, A. (2004). Questões à cerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, saúde & doenças*, 5 (1), pp. 3-15.
- Rijo, S., (2011). Relatório de estágio, Competência em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em 14 junho 2017]. URL: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10517/1/Relatório%20de%20Estágio%20-%20Sara%20Rijo.pdf>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, S. C., e Alvarenga, M. I. (março de 2014). Informação e comunicação- um olhar ético. *Cuidados Paliativos*, 1 n.º 1, pp. 45-51.

- Simões, J. F., Fonseca, M. J., e Belo, A. P. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Revista Referência, II serie*, pp. 45-54.
- Stefanelli, M., e E. Carvalho. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. . São Paulo: Monole.
- Toftthagen, C. S., Kip, K., Witt, A., e McMillan, S. (2017). Complicated Grief: Risk Factors, Interventions, and Resources for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21, n.º 3, pp. 331-337.
- Tomey, A. M., & Alligoog, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy- A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Zhang, B., Jawahri, A. E., e Prigerson, H. G. (2006). Update on Bereavement Research: Evidence- Based Guidelines for the diagnosis and Treatment of complicated Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9 n.º 5, pp. 1188-1203.

Apêndices

Apêndice I- Cronograma de estágio

| ANO | 2017 | | | | | | | | | | | | | 2018 | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|---|----|------------|----|------|---------------------|----|----|------|----|----|-----------------|---------------------|----|----|----|------|----|----------------------|----|------|--|--|-----|--|
| MÊS | Set | | | | | Out. | | | | Nov. | | | | Dez. | | | | Jan. | | | | Fev. | | | Mar | |
| Dias | 25 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 | 4 | 11 | 18 | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 5 | 12 | 19 | 26 | | | | |
| | 29 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 1 | 8 | 15 | 30 | 5 | 12 | 19 | 26 | 2 | 9 | 16 | 23 | 2 | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | FÉRIAS DE NATAL | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | RELATÓRIO DE ESTÁGIO | | | | | | |
| N.º da Semana de Estágio | UCP¹ | | | UCP-Lisboa | | | Centro de Saúde RAM | | | | | | | Centro de Saúde RAM | | | | | | | | | | | | |
| Local de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabela 1- Cronograma de estágio

| LOCAL | Nº. DE HORAS |
|----------------------------------|--------------|
| UCP-Lisboa | 108 h |
| UCP¹-Região Autónoma de Portugal | 90 h |
| CS-RAM | 230 h |
| Relatório de Estágio | 72 h |
| Total | 500 h |

Tabela 2- N.º de horas por local de estágio

**Apêndice II- Relatório de aprendizagem 3º Curso de Cuidados
Paliativos**

8º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio com relatório



Ana Catarina Abreu n.º 7407

Lisboa

Outubro 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio com relatório

RELATÓRIO

- CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autor

Ana Catarina Abreu n.º 7407

Professora orientadora

Ana Melo

Lisboa

Outubro 2017

“As nossas atitudes escrevem o nosso destino.(...) A aprendizagem é nossa e ninguém poderá fazê-la por nós, assim como nós não poderemos fazer pelos outros.

Quanto mais depressa aprendermos isso, menos sofreremos”.

Zíbia Gasparetto

INTRODUÇÃO

A natureza da presente exposição tem por fito reportar as aprendizagens adquiridas com frequência do 3º Curso Básico de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha. Para a concretização do mesmo, tive por base alguns aspetos preponderantes, nomeadamente os contributos das mesas do 2º e 3º dia deste curso, para o desenvolvimento do meu projeto, denominado “E agora quem cuida de nós? O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental como facilitador do processo de luto do cuidador principal.”

Assim, recorreu-se a uma autónoma estruturação de todo o trabalho produzido para que o mesmo se apresente lógico e coeso. Este foi estruturado tendo por base o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2017– Norma APA.

1. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

1.1. 2º Dia do 3º Curso Básico de Cuidados Paliativos

O segundo dia do Curso Básico de Cuidados Paliativos começou com a mesa intitulado “Cuidados na agonia”, apresentado por um enfermeiro na Unidade de Cuidados Paliativos da CSI. Nesta mesa foi evidenciado a importância destes cuidados, na atenção global em cuidados paliativos, cujo objetivo é a maximização do conforto e potenciação da qualidade de vida do cliente, com o menor sofrimento para família, numa defesa incansável da dignidade humana da pessoa doente.

Um doente em agonia necessita duma correta identificação, para desta maneira ser “bem cuidado”, bem como garantido o apoio necessário às famílias. Este apoio individualizado e direcionado às famílias não pode começar apenas nesta fase. Deverá existir uma relação criada com a família, que se tornará o veículo central no apoio nesta fase.

Esta fase dos cuidados coincide com um período de expressão de sentimentos, emoções, de fazer despedidas e concluir tarefas. Revestindo-se de um significado particularmente duro para a família, uma vez que se materializa o fim esperado, por vezes nem sempre aceite. A família projeta muitas vezes o seu sofrimento na situação clínica do doente, tornando este processo mais doloroso e sofrido. De acordo com Cicely Saunders, citada nesta mesa, “a forma de morrer de uma pessoa fica gravada em todos quanto a presenciaram”.

Na segunda mesa do dia, intitulada “trabalho de equipa” foi evidenciado pelo Dr. Manuel, diretor clínico da unidade, o papel preponderante de um bom trabalho em equipa, cujo objetivo de todos é “dar vida aos dias e não dias à vida”. Numa equipa multidisciplinar é importante considerar os contributos individuais integrando-os num todo da equipa. Este modelo de intervenção deve ser centrado no doente e sua família considerando as necessidades de ambos como objeto de interesse da equipa multidisciplinar.

De acordo com Dr. Manuel é importante ter em atenção alguns aspetos para cuidar a equipa e prevenir o *burnout*, nomeadamente: -valores, -respeito; - descanso/intervalo/recreio, - rituais/comemorações; - apoio dos pares, - reforço positivo, supervisão/tutoria (feita por um psiquiatra de 3/3 meses), - treino/formação, - reunião de equipa e planeamento.

A terceira mesa dinamizada pelo Pe Alberto Mendes “necessidades e intervenções espirituais em Cuidados Paliativos”, foi destacada a importância da espiritualidade, como conceito mais abrangente que religiosidade. Falou-se das necessidades espirituais em cuidados paliativos: ser reconhecido como pessoa; reler a vida; sentido de vida; perdão; continuidade; esperança; amar e ser amado; expressar sentimentos e vivências religiosas.

Seguiu-se a quarta mesa, onde a terapeuta Rute evidenciou o trabalho da terapia ocupacional em Cuidados Paliativos através do qual pode-se promover a expressão de sentimentos, reeducação postural e a expressão da sexualidade. Referiu igualmente que já teve a oportunidade de criar com os doentes objetos pessoais para depois serem entregues à família. Patenteou igualmente a importância do contributo do terapeuta ocupacional na reorganização das famílias em luto.

A última mesa do dia foi dedicada à intervenção da fisioterapia nos cuidados paliativos, cujo lema é “não olhar para a incapacidade, mas capacitar o máximo”, antecipando a adaptação às perdas.

1.2. 3º Dia do 3º Curso Básico de Cuidados Paliativos

O terceiro e último dia do curso teve início com uma mesa intitulada “a gestão da esperança em cuidados paliativos” apresentada pela Prof. Ana Querido. Nesta mesa a Prof. Ana Querido abordou os 3 D’s da esperança. Desconstruir, descobrir a esperança nas diversas dimensões e descentralizar, que significa o modo como é dada atenção ao outro e ao mesmo tempo gerida a esperança.

Durante esta mesa tivemos a oportunidade de verificar diversas maneiras de otimizar a esperança junto dos doentes e dos profissionais de saúde, tendo a Prof. Ana Querido advertido para a necessidade de possuímos recurso internos para conseguirmos lidar com a esperança do outro, de forma a não contaminar com a nossa não esperança. (autoconhecimento)

Nesta mesa, foi ainda apresentada escala de avaliação da esperança já validada para português e o genograma da esperança. Neste são identificadas as pessoas que dão coragem, que dão serenidade, esperança, orientação para o futuro, para que em caso de necessidade recorrer-se a estas pessoas para dar algum suporte.

Por fim, foi apresentado o caderno de exercícios, cujo objetivo deste é capacitar os profissionais de saúde na gestão da esperança.

A segunda mesa foi dinamizada pela Dr.^a Sílvia Noné, psicóloga da Unidade de Cuidados Paliativos, intitulada “Apoio à família: necessidades psico-emocionais”. Nesta mesa demonstrou-se a importância da família como suporte do indivíduo. Falou-se das necessidades da família, uma vez que a doença constitui uma crise para o doente, mas também para a família, onde necessitam se integradas diversas perdas: físicas, intelectuais, emocionais, psicológicas e espirituais. A Dr.^a Sílvia alertou ainda que “cuidados paliativos também são cuidados preventivos, preventivos no sentido de prevenir o sofrimento do doente e da família”. Por fim, abordou sumariamente o protocolo do luto existente na unidade de cuidados paliativos.

A terceira mesa, dedicada ao “Processo comunicativo-relacional” apresentada pelo Enf. Ricardo, foi salientada a importância da comunicação em cuidados paliativos, advertindo que o treino de habilidades comunicacionais diminui o risco de *burnout*, pois os problemas de comunicação estão associados a fatores de *stress*, destruição da equipa e doenças somáticas. Enf. Ricardo abordou ainda sumariamente a transmissão de más notícias e as respostas cognitivo-emocionais nestas situações.

A quarta mesa, também ela apresentada pelo Enf. Ricardo foi dedicada ao “apoio no luto”, onde foram abordadas as modalidades do luto, mediadores e manifestações do luto, e por fim as intervenções no luto ao longo do processo de doença. O Enf. Ricardo terminou a sua apresentação referindo que “o luto não se resolve, o luto integra-se”.

A Enf.^a Fátima na quinta mesa abordou o tema “conferência familiar” onde abordou os objetivos da conferência familiar e o modo de serem conduzidas.

Ao Enf. Dinis coube a apresentação da sexta mesa denominada “aspectos básicos de organização dos serviços de cuidados paliativos”, onde em pouco tempo conseguiu resumir o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2017-2018, bem como expor a organização ideal da rede nacional de cuidados paliativos.

Para terminar o curso contamos na última mesa com a presença da Prof. M.^a João Santos onde foram abordadas as “questões éticas em fim de vida”, tendo apesar do avançar das horas suscitado discussão entre os presentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório revelou-se aos poucos e poucos um desafio bem maior do que eu imaginava ser, devido à panóplia de assuntos a abordar. Todavia, não obstante permaneço com a percepção de não ter abarcado todos os pontos-chave do curso e o modo como estes contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

A frequência deste curso constituiu ainda uma reciclagem em termos de conceitos/conhecimentos no que concerne aos cuidados paliativos. Ao longo deste, consegui identificar áreas em que o EESMP poderá ter um papel preponderante como facilitador de todo este processo, identificando fatores promotores e dificultadores da saúde mental.

Apêndice III- Entrevista EESM

Guião de Entrevista - Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria da Unidade de Cuidados Paliativos

Este guião de entrevista foi construído com o intuito de procurar identificar aspetos relevantes para o desenvolvimento do trabalho de projeto no decorrer do ensino clínico. Desta forma foi direcionada esta entrevista para a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) na Unidade de Cuidados Paliativos

Esta tem como objetivos:

- ✓ Identificar a enfermeira entrevistada (1)
- ✓ Compreender o papel do EESMP na Unidade de Cuidados Paliativos, nomeadamente na intervenção na área do luto (2)
- ✓ Compreender a articulação dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com o cliente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar e a comunidade (3)
- ✓ Compreender o tipo de registos e ensinos que são efetuados na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria na unidade de cuidados paliativos. (4)

Assegurando-se a total confidencialidade das informações fornecidas e solicitando-se a sua autorização para a gravação desta entrevista.

Agradeço a sua colaboração em todo o processo de construção deste trabalho, salvaguardando que caso deseje, todos os dados que forem recolhidos através desta entrevista e a sua respetiva análise serão inteiramente facultados.

1. Identificação do EESMP

I. Nome

Tânia Karina Freitas Quintal

II. Formação

Licenciatura em Enfermagem conclusão em 2005

*Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria conclusão em 2012*

Curso Avançado em Cuidados Paliativos em 2016

III. Anos a exercer funções de especialista na Unidade de Cuidados Paliativos

Desde 20 de Outubro de 2014.

2. Compreender o papel do EESMP na unidade de cuidados paliativos, nomeadamente na intervenção na área do luto

- I. A quantos clientes/famíliares/pessoas significativas presta cuidados diariamente?

É um número variável pode ir de 1 a 6.

- II. Quais os critérios de seleção dos clientes que são alvo dos seus cuidados enquanto EESMP?

Depende dos doentes internados e das famílias. Normalmente é dada preferência a aqueles onde se identificam maiores alterações e necessidades do ponto de vista mental. Onde se evidenciem situações/ fatores de risco predisponentes de para luto complicado.

- III. Quais as competências do enfermeiro EESMP mais valorizadas por si no contexto em que se insere?

Todas as competências específicas em ESMP são uma mais-valia para o exercício de funções em contexto de cuidados paliativos. Destaco a capacidade de comunicação verbal e não-verbal.

- IV. Em que áreas deve e pode o EESMP intervir no âmbito dos cuidados paliativos, na sua perspetiva?

Em todas as áreas que envolvem o doente enquanto pessoa individual e a família enquanto estrutura própria e como contexto.

- V. Como planifica os cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria aos diferentes clientes?

Consoante as necessidades detetadas por mim, pela equipa com quem trabalho ou pelas necessidades que o próprio cliente e/ ou família refiram. Dependendo das situações pode ser necessário servir de mediador de conflitos; ser gestor de caso; contribuir para a resolução de problemas; gestão de emoções; identificação de prioridades de intervenção; satisfação de desejos; inculcar a esperança realista.

VI. Que tipologia de necessidades no âmbito da saúde mental e psiquiatria consegue identificar na maioria dos seus clientes/família?

A maioria tem dificuldade em aceitar a sua doença e adotar estratégias de coping/ adaptação acertadas.

VII. Que intervenções como EESMP adota com o objetivo da promoção do luto integrado e prevenção do luto complicado?

Procuro ajudar a identificar os recursos e os fatores de proteção para a saúde mental que cada pessoa tem a seu dispor.

Colaboro na vivência do sofrimento enquanto parte integrante da vida.

Promovo a adoção de estratégias resilientes e adaptativas. Encorajo a expressar sentimentos e emoções.

VIII. Quais os fatores, de acordo com a sua experiência, preditores de risco dos familiares/pessoas significativas desenvolverem um luto complicado?

O facto de a doença poder surgir em idades precoces;

Quando existem muitos projetos pessoais ou familiares em resolução;

Quando existem conflitos familiares;

Quando o doente é o pilar da família.

Quando existem filhos jovens ou relações onde os potenciais enlutados são muito dependentes da pessoa doente;

Quando existe uma história passada de lutos mal resolvidos e/ou recentes;

Quando existe uma atitude de desconfiança face à prestação de cuidados paliativos ou dos profissionais de saúde de uma forma geral.

3. Compreender a articulação dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com o cliente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar e a comunidade

I. Coordena os cuidados de enfermagem com os outros enfermeiros especialistas? Existem reuniões de equipa? Que tipo de informação discutem nessas mesmas reuniões?

Existe uma preocupação em dar continuidade aos cuidados que se prestam diariamente aos doentes e famílias que estão no internamento e aos que estão a ser cuidados pela equipa domiciliária. Reunimos e discutimos assuntos relevantes e procuramos manter-nos informados e atualizados. As reuniões são de caráter informal e formal e a maioria das vezes em equipa multidisciplinar.

II. Como se articulam os enfermeiros especialistas com os outros profissionais (psicólogo, médicos, assistente social...)?

Existem contactos diretos. Troca e discussão de ideias, sempre que alguns dos envolvidos ache oportuno e existe abertura para tomada e partilha de decisões.

III. Existem parcerias de cuidados com a comunidade no sentido de acompanhamento dos familiares/pessoas significativas no processo de luto?

Sim. Existem elos de referência. Envolvemos sempre que possível os colegas e as equipas dos centros de saúde e de outros serviços de internamento

4. Compreender o tipo de registo e ensinios que são efetuados na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria na unidade de cuidados paliativos.

I. Como efetua os seus registos? A que aspetos dá maior relevância enquanto EESMP?

Procuro fazer registos claros mas que deem especial relevo à minha intervenção enquanto EESMP. Dou especial ênfase a tudo o que o doente e a família diz... Procuro descrever e avaliar o estado mental e as mensagens implícitas e não implícitas de cada gesto, palavra ou comportamento. Procuro analisar todas as perspetivas. Manter uma atitude empática, relação terapêutica e de ajuda.

II. . Que tipo de ensinios realiza na sua prática clínica com vista a promoção do luto integrado dos familiares/pessoas significativas?

Promovo o conforto;

Ajudo o doente e a família a aproveitar cada momento.

Contribuo para redimensionar expetativas,
Promovo e advogo para a esperança realista;
Promovo a aceitação/ coping.
Promovo a dignidade;
Estimulo a resolução de conflitos.

Guião de Entrevista - Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria do Centro de Saúde

Este guião de entrevista foi construído com o intuito de procurar identificar aspetos relevantes para o desenvolvimento do trabalho de projeto no decorrer do ensino clínico. Desta forma foi direcionada esta entrevista para a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) no Centro de Saúde

Esta tem como objetivos:

- ✓ Identificar o enfermeiro entrevistado (1)
- ✓ Compreender o papel do EESMP na comunidade, nomeadamente na intervenção na área do luto (2)
- ✓ Compreender a articulação dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com o cliente, a família/cuidador e a restante equipa multidisciplinar (3)
- ✓ Compreender o tipo de registos e ensinios que são efetuados na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria no centro de saúde. (4)

Assegurando-se a total confidencialidade das informações fornecidas e solicitando-se a sua autorização para a gravação desta entrevista.

Agradeço a sua colaboração em todo o processo de construção deste trabalho, salvaguardando que caso deseje, todos os dados que forem recolhidos através desta entrevista e a sua respetiva análise serão inteiramente facultados.

5. Identificação do EESMP

IV. Nome **André Mendes**

V. Formação **Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria**

VI. Anos a exercer funções de especialista no Centro de Saúde **2 anos e 4 meses**

6. Compreender o papel do EESMP na unidade de cuidados paliativos, nomeadamente na intervenção na área do luto

IX. A quantos clientes/famíliares/pessoas significativas presta cuidados diariamente?

No mínimo serão seis diariamente, no entanto, perante as necessidades a média serão 8 ou 9 utentes e suas famílias. Além destes que são variáveis temos também os utentes que se encontram em programa de metadona e que vão todos os dias ao centro de saúde fazer toma vigiada e que são sempre mais ou menos 7.

X. Quais os critérios de seleção dos clientes que são alvo dos seus cuidados enquanto EESMP?

Os utentes que recorrem à consulta cumprem alguns critérios tais como:

- Medicados com terapêutica neuroléptica injectável de acção prolongada;
- Internamento em hospital psiquiátrico, deverão ter prioridade na consulta de ESMP, durante o 1º mês após a alta;
- Perturbação ou doença mental diagnosticada (DSM-V e CID-10), deverão ter consulta SMP, trimestralmente e sempre que a sua situação se justifique;
- Utentes com comportamentos aditivos;
- Processo de luto Utentes referenciados pelo Serviço de Urgência e outros
- Outros que a equipa multidisciplinar sinta necessidade de referenciar.

XI. Quais as competências do enfermeiro EESMP mais valorizadas por si no contexto em que se insere?

Todas as competências são muito importantes na nossa prática diária e são fulcrais à nossa prática nomeadamente no facto de termos que ter como alvo dos nossos cuidados não só o utente, mas também a sua família e o contexto em que se insere.

XII. Em que áreas deve e pode o EESMP intervir no âmbito dos cuidados de saúde primários, na sua perspetiva?

Na prevenção. Priorizar sempre a prevenção nas nossas intervenções quer a nível dos comportamentos aditivos mas também na prevenção da recaída através de uma atenção especial ao regime medicamentoso dos utentes.

XIII. Como planifica os cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria aos diferentes clientes?

De modo individual de acordo com as características específicas de cada utente tendo por base uma perspetiva holística dos cuidados.

XIV. Que tipologia de necessidades no âmbito da saúde mental e psiquiatria consegue identificar na maioria dos seus clientes/família?

A falta de conhecimentos sobre comportamentos aditivos e sobre o regime medicamentoso são um dos campos que temos feito um maior investimento, visto que abrangem uma grande percentagem dos utentes que recorrem à consulta. A aposta em dotar os utentes dos conhecimentos mais válidos e

mais essenciais para a sua realidade tem sido alvo da nossa preocupação e atenção.

Outro foco importante relaciona-se com as dinâmicas familiares e neste campo temos a saúde mental dos jovens e das situações de violência doméstica.

XV. Que intervenções como EESMP adota com o objetivo da promoção do luto integrado e prevenção do luto complicado?

Como intervenções basilares considero primordial estabelecer uma relação empática e oferecer escuta ativa. Identificar a fase do luto em que o utente se encontra, incentivar a verbalização de emoções auxiliam na definição de um plano de cuidados individualizado. Não se consegue reduzir a duas ou três intervenções a intervenção com o objetivo de promoção de luto integrado e prevenção do luto complicado tendo em conta as múltiplas condicionantes que interferem no processo de luto.

XVI. No Centro de Saúde possuem algum protocolo/projeto de intervenção no luto nos familiares/pessoas significativas? Se sim, em que consiste?

Não, mas encontra-se em fase de estudo pela equipa multidisciplinar.

XVII. No Centro de Saúde, há algum grupo de auto-ajuda ou hetero-ajuda com fito da promoção do luto integrado? Se sim, como são constituídos os grupos, número de sessões, número de participantes.

Não. Será uma das intervenções em estudo.

7. Compreender a articulação dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com o cliente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar

IV. Coordena os cuidados de enfermagem com os outros enfermeiros especialistas? Existem reuniões de equipa? Que tipo de informação discutem nessas mesmas reuniões?

Existem reuniões da equipa multidisciplinar de saúde mental com periodicidade mensal. São discutidos casos acompanhados, dados a conhecer novas situações e estratégias de intervenção das mesmas.

V. Como se articulam os enfermeiros especialistas com os outros profissionais (psicólogo, médicos, assistente social...)?

Dentro da equipa de saúde mental é feita através da reunião ou sempre que se entenda como útil e necessário.

VI. Existem parcerias de cuidados com a comunidade no sentido de acompanhamento dos familiares/pessoas significativas no processo de luto?

Não, mas encontra-se em estudo no âmbito da equipa de saúde mental.

VII. Na sua opinião o que falta e o que considera fundamental para a articulação entre hospital e comunidade seja mais eficiente?

Seria útil espaços de troca de ideias de modo a tornar mais profícua a gestão e partilha de informação. No momento da alta dos utentes das instituições hospitalares a partilha do registo de internamento e de alta dos utentes não é recebido pelos cuidados de saúde primários o que impede muitas vezes a manutenção de cuidados.

8. Compreender o tipo de registo e ensinios que são efetuados na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria na unidade de cuidados paliativos.

III. Como efetua os seus registos? A que aspetos dá maior relevância enquanto EESMP?

São efetuados segundo o modelo ADIR. Avaliação-Diagnostico-Intervenção-Resultado.

Valorizo aspetos importantes da avaliação do estado mental, nomeadamente quando ocorre discrepância em relação aos momentos anteriores.

IV. . Que tipo de ensinios realiza na sua prática clinica com vista a promoção do luto integrado dos familiares/pessoas significativas?

Os ensinios decorrem da avaliação que é feita na consulta e das necessidades que dela emergem. São variáveis consoante o cliente, a fase do luto em que se encontra, as experiências vivenciadas e os aspetos deficitários da resposta ao luto no momento em que se encontra.

Apêndice IV- Folheto do luto

O que pode fazer para se sentir *melhor* ?

- Aceitar a realidade da perda e que sentir-se triste é normal nesta situação;
- Expressar e partilhar os seus sentimentos e emoções;
- Passar mais tempo na companhia das pessoas que mais gosta;
- Fazer coisas que habitualmente lhe dão prazer e voltar à rotina diária;
- Fazer uma alimentação saudável. Evitar fumar, consumir álcool ou cafeína em excesso;
- Não se automedicar;
- Fazer algum tipo de exercício físico;

Quando procurar *ajuda*?

- Se as manifestações de luto (antecipatório ou agudo) são muito perturbadoras, procure ajuda profissional, pois pode ser importante para que a vivência desta fase se torne mais tranquila.
- Se as manifestações de luto se prolongarem para além de 14 meses, acompanhadas de intenso sofrimento, pode ser benéfico solicitar ajuda profissional, pois poderá tratar-se de um luto complicado.

*"À imagem da cicatrização
de uma ferida do corpo,
o luto é a cicatrização
da ferida do coração."*

Fauré



Logótipo

Acompanhar **O LUTO**



Nome da unidade

Contatos:

O que é o *Luto*?

O luto é uma reação natural à perda de alguém próximo, através do qual a família, amigos e pessoas significativas, assimilam a realidade da perda, tentando encontrar uma forma de viverem sem a presença física da pessoa falecida.

Cada pessoa é única e reage de forma única e não há um tempo limite para estar em luto.



Embora doloroso, o luto faz parte do processo de adaptação a uma nova realidade, na ausência física de outra pessoa.

Como evolui o *Luto*?

◆ Na presença de uma pessoa com doença avançada, progressiva e incurável, o sofrimento associado à perda de capacidades do doente e a proximidade da morte constitui já parte do processo de luto dos familiares, implicando algumas mudanças emocionais. Este período, é designado de **luto antecipatório**, é habitualmente vivido com ansiedade e tristeza.

◆ Após a morte, as manifestações de luto podem ser igualmente intensas – correspondem a um processo de **luto agudo** que tem tendência a atenuar progressivamente, ao longo dos dois primeiros anos. A tristeza e a saudade podem, no entanto, persistir por muito tempo.

◆ O processo de luto faz-se por avanços e recuos. Em alguns momentos especiais (datas de aniversário, festas de família) é natural que essas reações possam ser mais intensas.

◆ Progressivamente, a maioria das pessoas encontra, com a ajuda de familiares e amigos, uma forma de lidar com os seus sentimentos de perda e gradualmente retomar à sua vida.

Cada pessoa vive o luto à sua maneira, contudo existem reações comuns:

Reações normais no *Luto*

Sentimentos



- Tristeza, perda de interesse pelas coisas que habitualmente gostava, raiva, culpa, ansiedade, sensação de pânico, insegurança, solidão, saudade e /ou inquietação.

Sensações físicas



- Aperto na garganta e /ou peito, fraqueza, tremores, fadiga, palpitações e dores.

Pensamentos



- Descrença, desesperança, confusão mental, pensar que a vida não faz mais sentido...

Comportamentos



- Alterações do sono e/ou apetite, choro, isolamento, agitação, guardar objetos do falecido.

Quando termina o *Luto*?

◆ Na realidade o luto não termina, a perda integra-se;

◆ Quando a pessoa falecida é recordada, sem causar dor intensa;

◆ Quando o interesse pela vida é recuperado;

◆ A tristeza pode permanecer, embora com menor intensidade, podendo dar lugar à saudade, pensamentos e recordações dos momentos felizes vividos em conjunto.

Apêndice V- Carta de Condolências

Funchal, ____ de _____ de 20__

Assunto: Carta de condolências

Ex. ma Família do (a) Sr. (a) _____

~~(nome do doente e qualificação pelo qual era conhecido)~~

Os profissionais da _____ ~~(serviço/ unidade)~~ que acompanharam o vosso familiar _____ ~~(nome do doente e qualificação pelo qual era conhecido)~~ na sua última etapa de vida, vimos deste modo, manifestar o nosso sentido de pesar por esta perda nas vossas vidas, que sabemos ser difícil.

Como equipa tivemos a sorte de cuidar do _____ ~~(nome do doente e qualificação pelo qual era conhecido)~~ neste _____ ~~(unidade/serviço)~~ durante cerca de _____ ~~(colocar a duração do internamento)~~, que cuidamos com toda a dedicação.

Todos nós guardamos memórias vossas e por isso estamos gratos por esta oportunidade de partilha e de enriquecimento profissional e pessoal que nos proporcionaram.

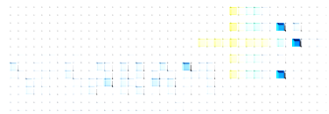
Gostaríamos de reforçar que continuamos sempre disponíveis para vos ajudar.

Junto enviamos um panfleto sobre o luto, onde consta informação acerca de como nos podem contactar e, se necessário, obter apoio nesta fase.

Em nome de todos os elementos da equipa,
Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Apêndice VI- Plano da sessão de Formação

“A morte e o processo de Luto”



PLANO DE SESSÃO FORMATIVA INTRA-SERVIÇO

SERVIÇO DE INTERNAMENTO



Tema: Morte e o Processo de Luto

Data: 01.02.2018 **Duração:** 60 min

Público-Alvo: Enfermeiros

Formador: Ana Catarina Abreu

Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a problemática do processo de luto e suas implicações para os cuidados de enfermagem

Plano de sessão formativa

| Objetivos específicos | Conteúdos | Estratégias | | Avaliação |
|--|--|---|---|--|
| | | Metodologia | Recursos | |
| <ul style="list-style-type: none">• Refletir sobre a morte e o processo de morrer, como parte integrante do ciclo da vida;• Aprofundar conhecimentos sobre o processo de luto e as manifestações afetivas, comportamentais e cognitivas;• Identificar estratégias facilitadoras e dificultadoras do processo de luto;• Refletir sobre as intervenções de Enfermagem neste processo. | <ul style="list-style-type: none">• Morte e o processo de morrer;• Processo de vinculação e perda• Modalidades, mediadores e trajetórias do luto;• Modelo da tripla integração;• Reações “normais” no luto;• Intervenções de Enfermagem nas diferentes modalidades e trajetórias do luto. | <ul style="list-style-type: none">• Expositiva/participativa• Ativa. | <ul style="list-style-type: none">• Computador e videoprojetor• Outros:<ul style="list-style-type: none">- Colunas de som;- Folhetos sobre o luto;- Folhetos “Longe da Vista, sempre no coração; | <ul style="list-style-type: none">• Avaliação diagnóstica;• Avaliação final de conhecimentos. |

Apêndice VII-Diapositivos da Formação em serviço “A morte e o processo de luto”

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
 8º Curso de Mestrado na área de Especialização de ESMP
 Unidade Curricular: Estágio com relatório

Morte e o Processo de Luto

Autor:
 Ana Catarina Abreu nº 7407
 Professora Doutora:
 Ana Melo
 2018

A Morte ...

"A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A reverência pela vida exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir."

Rubem Alves

Índice

- Introdução/Justificação do Tema
- Morte e o Processo de morrer
- Quadro conceptual de Referência- Processo de Luto
- Reflexão –vídeo
- Referências bibliográficas

"Se a morte nos angustia tanto, não será por nos remeter à verdadeiras questões, aquelas que frequentemente abafamos, com a ideia de as considerar mais tarde, quando formos mais velhos, mais sabedores, quando dispusermos de tempo para nos interrogarmos sobre os problemas essenciais?"

Hennezel (1999,p.13)

Objetivo Geral


- ✓ Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a problemática do processo de luto e suas implicações para os cuidados de enfermagem

Objetivos Específicos

- ✓ Refletir sobre a morte e o morrer, como parte integrantes do ciclo da vida;
- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre o processo de luto e as manifestações afetivas, comportamentais e cognitivas;
- ✓ Identificar estratégias facilitadoras e dificultadoras do processo de luto;
- ✓ Refletir sobre as intervenções de Enfermagem neste processo.

"(...) Torna-se, por isso, fundamental recuperar o sentido da naturalidade da morte, voltar a encará-la como um processo inerente à condição Humana e deixar de a pensar como um acidente ou um acontecimento que podia ser evitado (...)"

Susana Pacheco (2002)



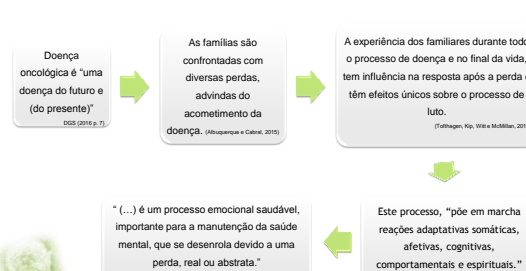
Justificação do tema



PROJETO DE ESTÁGIO
 E agora quem cuida de nós?
 O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental como facilitador do processo de luto

"Tem de aceitar!" – diziam-me... só não me diziam como. (...) Mas eu queria que trancassem a porta à morte, eu sei que eles tentaram (...) mas ela entrou. Porque ela entrou e eu, egoisticamente talvez, ou talvez não, fiquei de novo zangada. Agora diria, já não zangada, agora simplesmente triste. **Nesta tristeza, neste sofrimento que dói, não deixava que se aproximassem de mim. Se tu não estavas, porque havia de estar alguém?** (...) Quando ela vier e me levar para junto de ti, apenas quero que me encontre no mesmo Sol de onde te levou. Ali irei ser feliz, no nosso Sol, porque tenho a certeza de que tu também o foste – e naquele Sol maravilhoso que iluminou as nossas vidas direi: "Com aquele Sol (...) até vale a pena morrer!"

Neto, (2010)



Doença oncológica é "uma doença do futuro e (do presente)" (2005 (2016,p.7))

As famílias são confrontadas com diversas perdas, advindas do acometimento da doença. (Albuquerque e Cabral, 2016)

A experiência dos familiares durante todo o processo de doença e no final da vida, tem influência na resposta após a perda e têm efeitos únicos sobre o processo de luto. (Luthygen, Kap, Witz e St-Johns, 2017)

" (...) é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde mental, que se desenrola devido a uma perda, real ou abstrata." (Gomes e Gonçalves, 2015 p. 118)

Este processo, "põe em marcha reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais." (Barbosa (2016, p.1)



Que significa morrer com dignidade?

Prestar cuidados adequados evitando intervenções desnecessárias!

Promover a máxima qualidade de vida, sem tornar o tratamento mais doloroso que a própria doença. Atender prioritariamente às necessidades do doente!

Como Reconhecer a Proximidade da Morte?

✓ **O DOENTE ESTÁ:**

- muito debilitado;
- com variações do estado de consciência; (neurocirurgia pode ser difícil de avaliar)
- com alterações do padrão respiratório;
- dificuldade de deglutição, com recusa alimentar;
- falência multiorgânica;

No momento da morte... Como transmitir?

- ✓ Utilizar a técnica narrativa (frases curtas);
- ✓ Atenção à comunicação verbal e não verbal...
- ✓ Dar espaço para a expressão das reações emocionais;
- ✓ Respeitar o estatuto de enlutado...
- ✓ Protocolo de Buckman (1992):
O protocolo S-P-I-K-E-S é constituído por 6 passos:
 - *Setting* – Ambiente e planejar a entrevista;
 - *Perception* – Avaliar a percepção do doente/ família;
 - *Invitation* – Compreender o que pessoa/ família quer saber;
 - *Knowledge* – Dar conhecimento;
 - *Empathy* – Validar e responder as emoções da pessoa/ família;
 - *Strategy/summary* – Estratégia e resumo.

Impacto da Morte

Então... o que podemos fazer?

- Ser humano, ser empático, mas não reativo à dor da família;
- Saber lidar com os sintomas e stress;
- Ajudar a família a usar os seus próprios rituais.

Vinculação e perda

Porque dói a perda de alguém significativo?

Organização Crescendo Vinculação Desorganização Separação Reorganização Integração

Luto

Reação característica a uma perda (real ou simbólica) significativa

A perda é ao mesmo tempo:

- Comum – todos vivem separações e perdas
- Única – cada perda tem um significado específico para cada pessoa, em cada fase da vida

(Barbosa, 2016)

Será então o luto uma doença?

“O luto é uma resposta universal, instintiva e adaptativa à morte de alguém. A sua função é adaptação à nova situação e a integração da perda e do falecido na história do sobrevivente.”

(Ferre, 2014, p. 246)

Modalidades do luto

Luto antecipatório

Os familiares, amigos e pessoas significativas assumem antecipadamente o papel de enlutados, elaborando algumas mudanças emocionais associadas à morte previsível de outrem.

Luto preparatório

Diz respeito à pessoa com doença em fim de vida que se prepara para a separação com o mundo, há uma espécie de “retrada” afetiva para com os familiares e amigos;

(Barbosa, 2016)

Mediadores do luto

Características pessoais

- idade, estratégias de coping nas adversidades, resiliência, doença física ou mental prévia;

Características relacionadas com a morte

- idade do falecido, tipo de relação com o falecido, parentesco, ter sido cuidador ou não;

Características da doença e da morte

- tipo de morte, duração da doença, controlo sintomático; morte não visualizada e não visualizado o corpo, conhecimento do prognóstico, percepção de que a morte podia ser evitada;

Aspectos relacionais

- apoio familiar, comunicação na e fora da família, expressão da perda, aceitação social da perda, tipo de relação;

Outros aspetos

- lutos prévios, vários lutos, crises recorrentes, nível socioeconómico, presença de crianças na família, assuntos pendentes.

(Barbosa, 2016)

Modelo da tripla integração

II. Desorganização/Integração

Assimilação

Reorganização vincular/relacional (reconstrução da história)

I. Choque/Negação

Evitamento

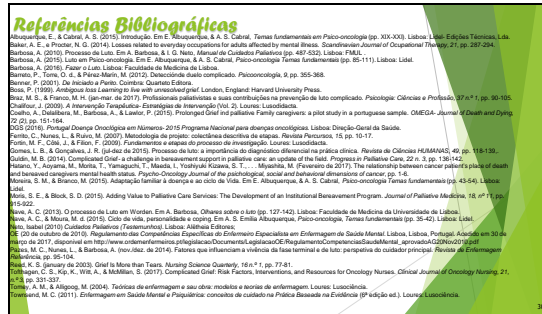
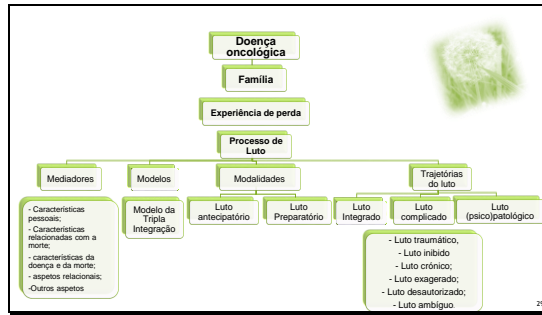
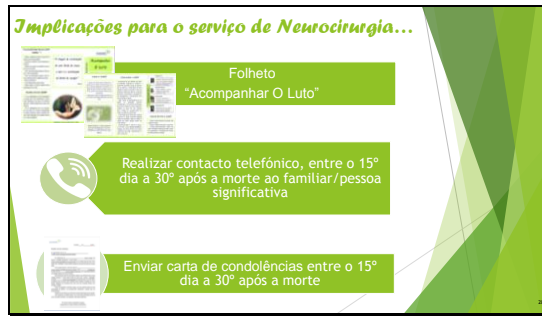
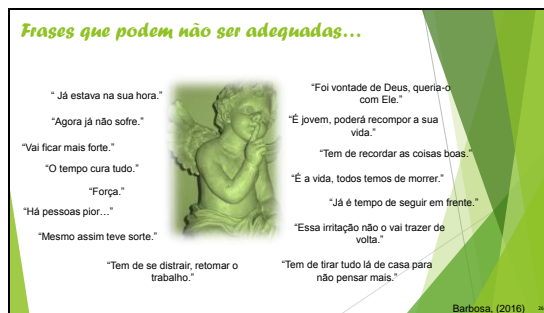
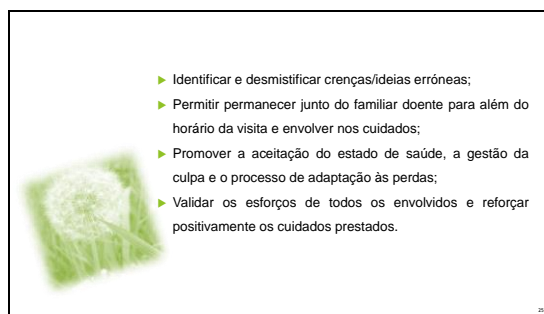
Transformação identitária e crescimento

Reformulação existencial

III. Reformulação/Reorganização

Acomodação

Barbosa, (2016)



**Apêndice VIII- Planeamento e relatório de sessão de âmbito
psicoterapêutico**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio com relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

Ana Catarina Abreu n.º 7407

Funchal

Novembro 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio com relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

Ana Catarina Abreu n.º 7407

Orientador Clínico

Enf. André Mendes

Professora orientadora

Ana Melo

Lisboa

Outubro 2017

INTRODUÇÃO

No domínio da unidade curricular Estágio com Relatório, 3º semestre do 8º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, foi realizada uma sessão de âmbito psicoterapêutico aos utentes de uma IPSS.

É uma instituição privada de cariz social, fundada em 2001, que prossegue fins de solidariedade na área da saúde mental. O principal fito é retirar os utentes das grandes unidades hospitalares psiquiátricas da região (Casa de Saúde Câmara Pestana e Casa de Saúde de São João de Deus) e integra-los na comunidade, através de novas soluções de prestação de cuidados e de apoio social, promovendo a desinstitucionalização através dum modelo comunitário de assistência psiquiátrica.

Esta instituição estabeleceu uma parceria com o SESARAM, EPE através do Centro de Saúde. No âmbito desta parceria, por semana são destinadas 2 horas de visita domiciliária por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria do Centro de Saúde, cujo principal objetivo é a promoção da saúde e prevenção da doença (física e mental).

Neste sentido, dia 21 de novembro foi realizada uma visita domiciliária, devidamente planeada e articulada com a assistente social da referida instituição, com intuito de promover o treino de competências emocionais através de uma sessão de âmbito psicoterapêutico intitulada “Reconheça como se exprime”.

Esta sessão surgiu assente na premissa que estes utentes são confrontados diariamente com uma panóplia de perdas reais ou simbólicas, o que os faz experimentar de forma única e singular diversos processos de luto.

Contudo, é sabido, que em muitos utentes portadores de doença mental há uma diminuição da expressão emocional, diretamente relacionada com a diminuição da expressão não só relativamente à face, mas também ao contacto do olhar, na prosódia e no jogo de mãos que nos permitem dar ênfase ao nosso discurso (APA, 2013). Urge assim a necessidade de potenciar a expressão de emoções/sentimentos, pois este treino possibilitará, por exemplo, a comunicação de estados próprios e saber o que acontece aos outros, requisitos chave para a regulação emocional e relações sociais. O processo de reconhecer as suas emoções/sentimentos e interpretá-los

permite que o indivíduo possa escolher novos caminhos e encontre outras soluções perante as dificuldades da vida. (Ribeiro e Rodrigues, 2004)

Nesta linha de pensamento, como objetivos estruturantes da concretização deste desafio, e a prever as competências que se esperam alcançar com o mesmo, surgiram mobilizar conhecimentos sobre técnicas de treino de competências emocionais, promover o desenvolvimento de atitudes pessoais e profissionais para a intervenção de âmbito psicoterapêutico e desenvolver a capacidade de intervenção em grupo, para que, seja possível continuar a almejar os cuidados com elevados padrões de qualidade.

O Regulamento de Competências Específicas do EESM patenteia algumas competências, no âmbito do presente trabalho serão desenvolvidas Alínea d) Artigo 4.º), “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico (...), à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” OE (2010, p.3)

Este trabalho será estruturado tendo por base o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2017– Norma APA.

1. PLANO DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

“Reconheça como se exprime”

| | |
|---------------------------------------|--|
| GRUPO-ALVO | <p>Grupo de pessoas portadoras de doença mental, utentes da IPSS referenciados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica do Centro de Saúde. Estes utentes têm idades compreendidas entre 28 e 75 anos de idade.</p> <p>Foram convocados, para esta sessão, 17 utentes através do contacto prévio com a Assiste Social da instituição.</p> |
| PERTINÊNCIA TEMA E INTERVENÇÃO | <p>O conhecimento das emoções e como são expressas tem vindo a ser considerado fundamental para um melhor relacionamento com os pares. O recurso às emoções auxilia a capacidade de empatia, pois só assim é possível conseguir uma melhor compreensão do que se passa com o outro ou da situação que se está a analisar/viver.</p> |
| CALENDARIZAÇÃO | <p>Terça-feira 21/11/2017 das 14h às 15h30</p> |
| LOCAL | <p>Sala de atividades da IPSS</p> |
| DURAÇÃO | <p>90 minutos</p> |
| DINAMIZADOR: | <p>Ana Catarina Abreu</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Enf. André Mendes |
| ORIENTADOR CLÍNICO: | Enf. André Mendes |
| PRÉ- REQUISITOS | Serem utentes da IPSS |
| OBJETIVOS | <p>Objetivo geral</p> <p>Promover a assertividade e a consciência emocional.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1.1 Permitir que os participantes reconheçam as suas próprias capacidades comunicacionais através da mímica facial e da expressão facial.</p> <p>1.2 Permitir que os participantes reconheçam as suas próprias capacidades comunicacionais através do tom de voz e dos movimentos corporais.</p> <p>1.3 Incentivar os participantes à reflexão acerca do modo como se exprimem.</p> <p>1.4 Promover o diálogo, o convívio e a partilha de sentimentos entre os participantes.</p> |
| INDICADORES DE AVALIAÇÃO | <p>Estrutura:</p> <p>- Realização da sessão;</p> |

- Presença de dois enfermeiros (Enfermeiro líder e Enfermeiro adjunto);

- Espaço físico para a realização da sessão;

Processo:

- Nº de participantes;

- Ambiente seguro;

Resultado:

- Aplicação de documento de avaliação diagnóstica.

- Aplicação de documento de avaliação da sessão;

- Aplicação de documento de avaliação de satisfação da sessão.

1.1 Desenvolvimento da Sessão “*Reconheça como se exprime*”

| Fases | | Conteúdos | Duração | Metodologia | Materiais Pedagógicos |
|-------|-----------------|---|---------|-------------|--|
| 1ª | Introdução | - Apresentação do plano e objetivos da sessão | 50' | Expositiva | - Aplicação de documento de avaliação diagnóstica. |
| 2ª | Desenvolvimento | <p>Apresentação das regras da dinâmica “Reconheça como se exprime”</p> <ol style="list-style-type: none"> Os participantes deverão sentar-se em cadeiras, num semicírculo; No centro, existem vários cartões espalhados, virados para baixo, cada um com uma palavra escrita, representando uma emoção; Um de cada vez, e livremente, cada participante vai ocupar o espaço vazio do semicírculo e retirar um cartão aleatoriamente. Deve exprimir a emoção presente no cartão, através de uma conversa (monólogo) e | | Interativa | <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica “<i>reconheça como se exprime</i>” (ver descrição) - Cartões com emoções e sentimentos; - Cadeiras; |

| | | | | | |
|-----------|------------------|--|-----|------------|---|
| | | <p>expressão facial. Os restantes participantes tentam adivinhar a emoção representada.</p> <p>4. Enquanto um participante faz a sua representação, o restante grupo vai observando a atitude corporal, o tom de voz e a expressão facial.</p> <p>5. No final de cada emoção representada, faz-se uma partilha em que cada o participante comenta o que observou e quem representou a emoção fala sobre as dificuldades e do que sentiu.</p> | | | |
| 3ª | Conclusão | <p>- Vídeo-Reconhecer como se exprime 2'32"</p> <p>Partilha</p> | 10' | Interativa | <p>- Computador;</p> <p>- Excerto do filme DivertidaMente (Docter, 2015)</p> <p>- Colunas de som;</p> |

| | | | | | |
|-----------|------------------|--|-----|-------------------------|--|
| 4ª | Avaliação | - Aplicar questionários de avaliação da sessão | 30' | Expositiva e Interativa | <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento de avaliação final da sessão; - Instrumento de avaliação da satisfação; - Canetas/lápis. |
|-----------|------------------|--|-----|-------------------------|--|

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed editora Lda.

Docter, P. (Realizador). (2015). *Divertida-Mente (Inside Out)* [Filme].

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido em 01 de dezembro de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

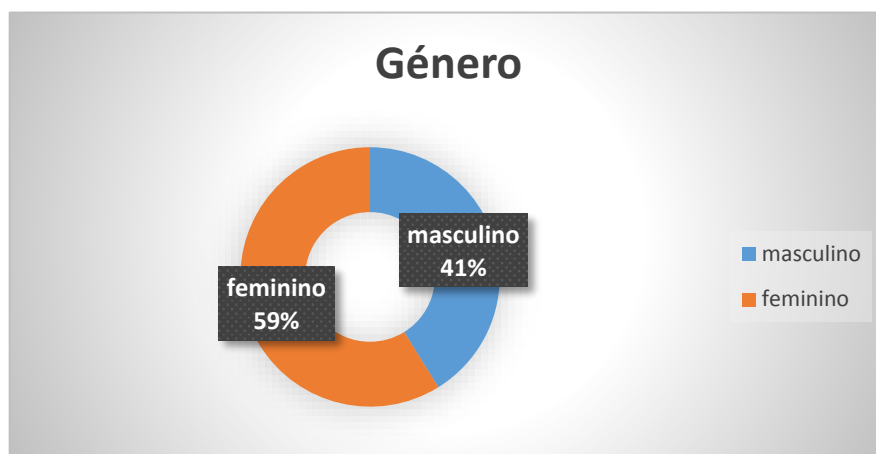
Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. (2004). Questões à cerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 5 (1), pp. 3-15.

**Anexo I- Caracterização sociodemográfica do grupo de
participantes**

Caracterização sociodemográfica do grupo

Género

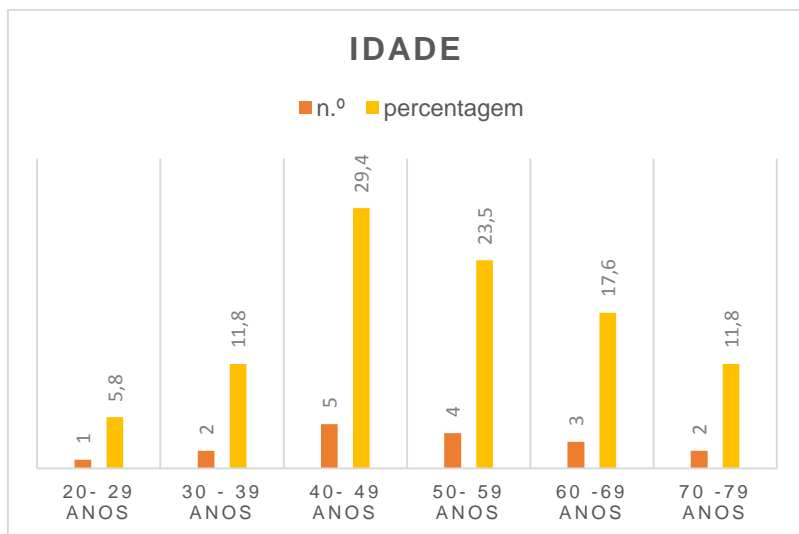
| Género | N.º | Percentagem % |
|-----------|-----|---------------|
| Masculino | 7 | 41% |
| Feminino | 10 | 59 % |



Idade:

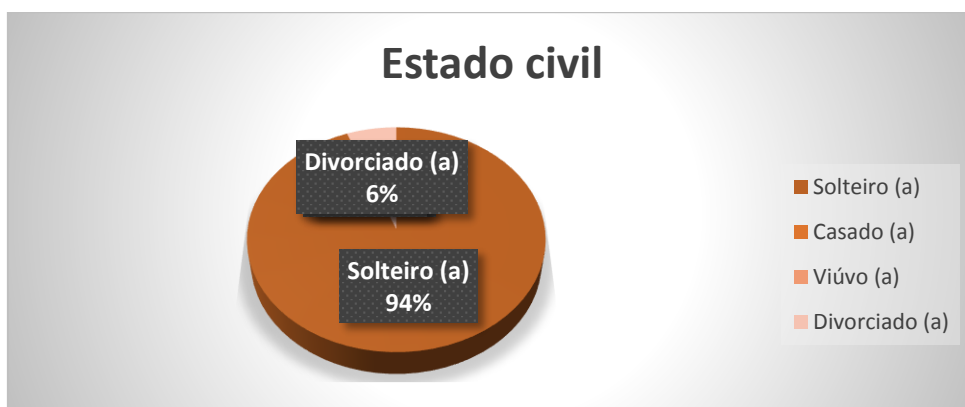
A média de idades é 50 anos.

| Faixa etária | n.º | Percentagem % |
|--------------|-----|---------------|
| 20-29 anos | 1 | 5.8 % |
| 30-39 anos | 2 | 11.8 % |
| 40-49 anos | 5 | 29.4 % |
| 50-59 anos | 4 | 23.5 % |
| 60-69 anos | 3 | 17.6 % |
| 70-79 anos | 2 | 11.8 % |



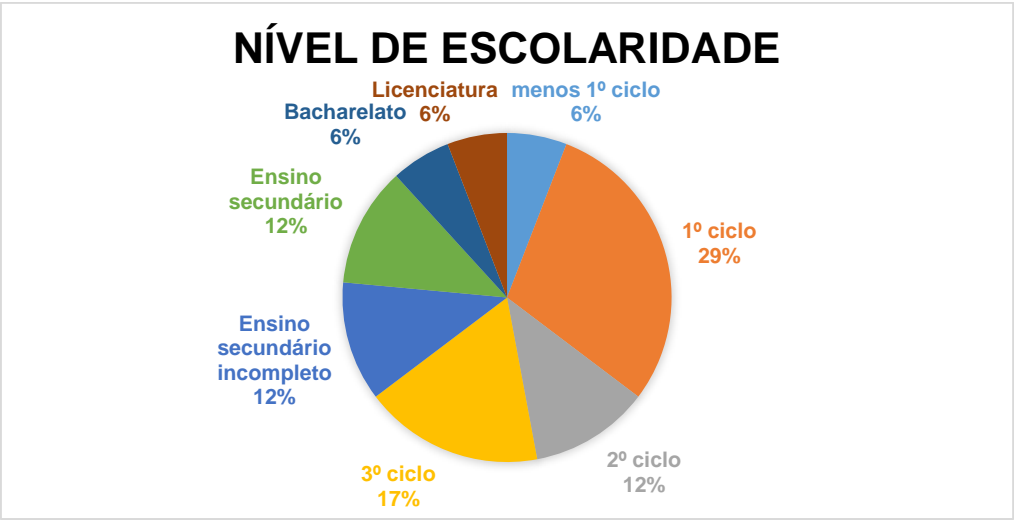
Estado civil

| Estado Civil | N.º | Percentagem % |
|----------------|-----|---------------|
| Solteiro (a) | 16 | 94.1 |
| Casado (a) | 0 | 0 |
| Viúvo (a) | 0 | 0 |
| Divorciado (a) | 1 | 5.9 |



Escolaridade

| Nível de escolaridade | N.º | Percentagem % |
|------------------------------|-----|---------------|
| Menos 1º ciclo | 1 | 5.8 |
| 1º ciclo básico | 5 | 29.4 |
| 2º ciclo básico | 2 | 11.8 |
| 3º ciclo básico | 3 | 17.6 |
| Ensino secundário incompleto | 2 | 11.8 |
| Ensino secundário completo | 2 | 11.8 |
| Bacharelato | 1 | 5.8 |
| Licenciatura | 1 | 5.8 |



Anexo II- Relatório da Sessão

Relatório da avaliação da satisfação na participação na sessão “Reconheça como se exprime”

Esta Sessão decorreu no dia 21 de Novembro, na sala de convívio da instituição.

Realizei a sessão com a colaboração e supervisão do Enf. André Mendes EESM, meu orientador clínico.

A sessão foi divulgada pela Técnica Superior de Serviço Social após contacto do Enf. André. Esta realizou-se no dia previamente destinado ao apoio do Enf. André à instituição, ou seja, terça-feira entre as 14h30 e as 16h.

Quando chegamos à instituição os utentes já estavam sentados na sala, em duas mesas circulares, num total de 17 utentes. Pedimos que se dispusessem em círculo para permitir o contacto visual.

Numa fase inicial o Enf. André apresentou-me ao grupo e posteriormente expliquei o que iria decorrer naqueles 90 min, sendo que a sessão se intitulava “Reconheça como se exprime”.

Foi entregue a todos os utentes uma ficha de avaliação diagnóstica cujo objetivo era fazer a correspondência entre a emoção e a expressão da mesma (emoji). Todos os utentes preencheram esta folha, havendo 3 utentes com maior dificuldade na correspondência. Anteriormente foi pedido que assinassem a folha de presenças.

Quando todos terminaram foi explicado o objetivo da dinâmica trazida. Os cartões com emoções/sentimentos foram colocados virados para baixo e foi solicitado que, aleatoriamente, viessem à frente do grupo e através de gestos/comunicação não-verbal fizessem o grupo adivinhar qual a emoção/sentimento apresentada. Após foi solicitado novamente de forma aleatória que viessem à frente e construíssem um texto, frase ou reportassem uma situação em que estivesse implícita a emoção/sentimento.

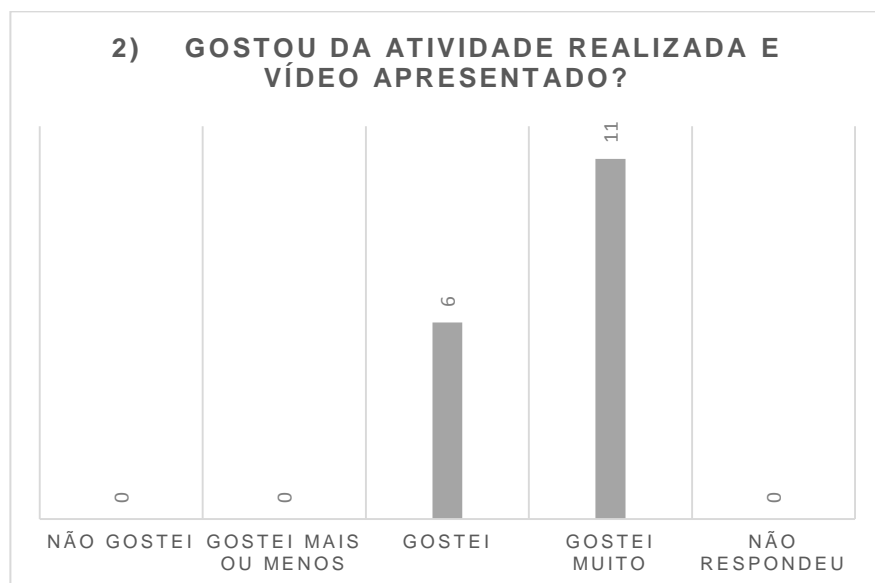
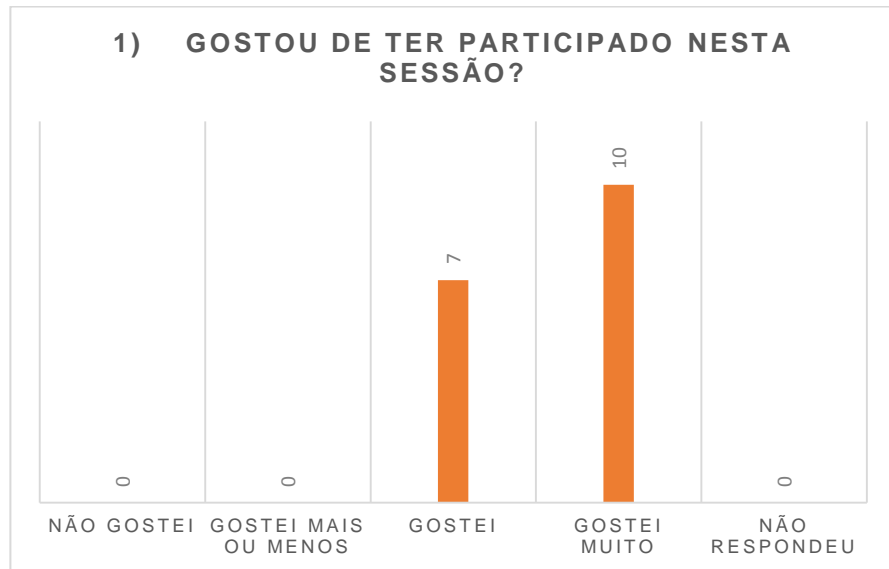
A dinâmica foi envolta de grande animação e participação de todos os utentes, alguns com alguma dificuldade na expressão, principalmente no não-verbal da emoção /sentimento.

Concluída a dinâmica foi feita uma síntese evidenciado que a nossa comunicação é maioritariamente não-verbal (70%), a importância de reconhecermos as nossas emoções/sentimentos e como as transmitimos no nosso dia-a-dia.

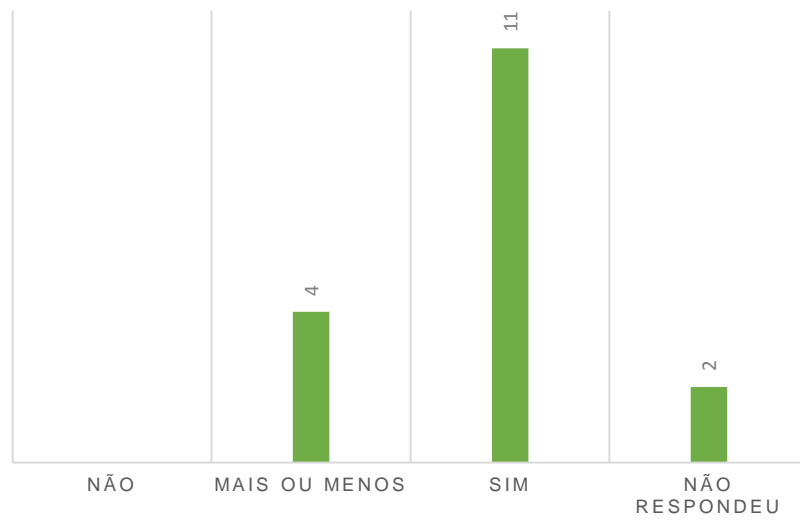
Já com a sala devidamente preparada (luz minimizada) foi apresentado um excerto do filme *DivertidaMente* e após pedido aos utentes uma pequena partilha acerca do que tinham visto. Nas partilhas houve menção à importância de todas as emoções e da forma como estas são expressas; à forma como muitas vezes a comunicação verbal não é congruente com a não-verbal; e por fim houve uma utente que colocou uma questão fora do âmbito da sessão, nomeadamente sobre o uso do tabaco e do álcool a qual foi respondida.

Na fase final da sessão foi distribuído uma folha onde todos deveriam descrever o modo como se sentiram no decorrer da sessão, podendo esta descrição ser através de desenho ou escrita. 3 Utentes expressaram-se através de desenho; 3 utentes através de desenho e escrita e 11 através de escrita de um texto/frase.

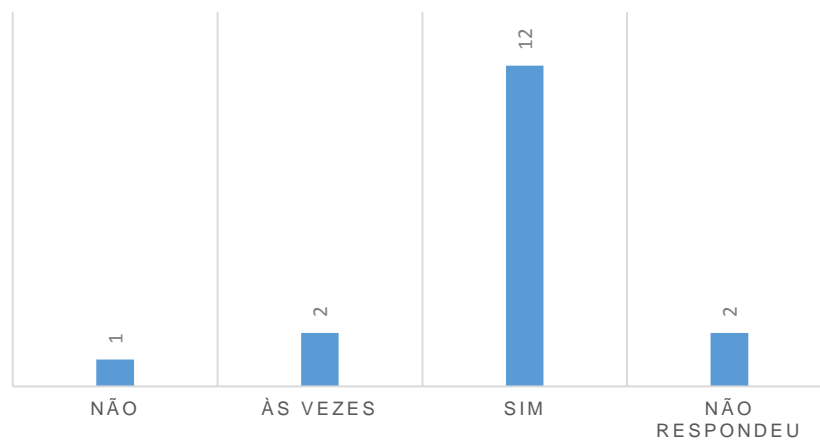
Entreguei ainda um questionário de avaliação de satisfação da participação na sessão com os seguintes resultados:



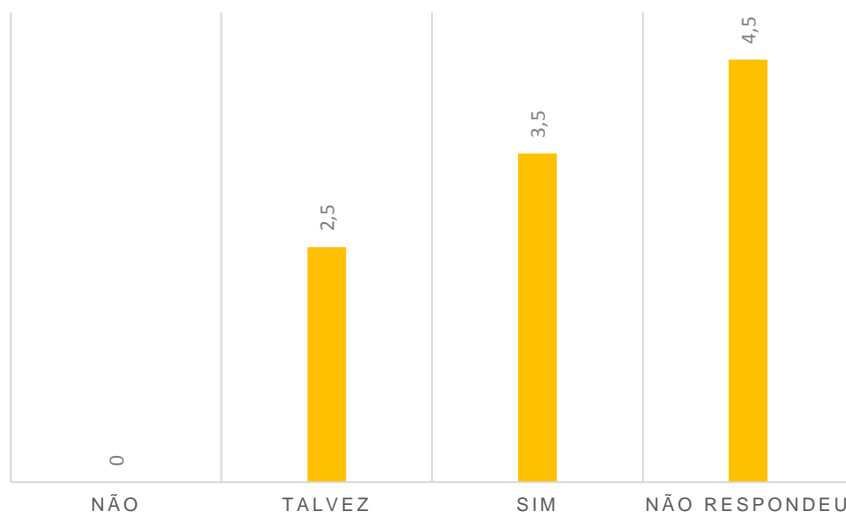
3) O QUE APRENDEU FOI ÚTIL PARA A SUA VIDA?



4) ACHA QUE VAI COLOCAR EM PRÁTICA, NO SEU DIA-A-DIA, O QUE APRENDEU NESTA SESSÃO?



**5) SE VOLTASSE A HAVER UMA SESSÃO
COMO ESTA, GOSTARIA DE PARTICIPAR?**



Anexos

**Anexo I-Certificado Frequência do Curso básico de Cuidados
Paliativos**



Irmãs Hospitaleiras

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei n.º 95/92, de 23 de maio e Decreto-Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de abril)

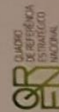
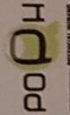


INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

Certifica-se que ANA CATARINA ANDRADE ABREU natural de Funchal, nascida a 01/03/1982 nacionalidade Portuguesa, portadora do Cartão do Cidadão n.º 12205252 valido até 25/02/2019 frequentou nos dias 19 20 e 21 de Outubro de 2017 com a duração total de 24 horas, o curso de Formação Profissional

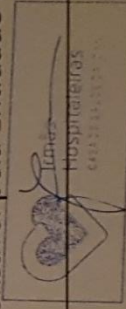
3º CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Lisboa, 21 de Outubro de 2017



UNião Europeia
Fundo Social Europeu

O Responsável pela Entidade Formadora



Certificado n.º 199/2017

MOD. 35.02

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação Contínua/de atualização

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729

3º CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

PLANO CURRICULAR:

| | |
|---|--|
| PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS | VOLUNTARIADO EM CUIDADOS PALIATIVOS |
| CONTROLO DA DOR E OUTROS SINTOMAS | GESTÃO DA ESPERANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS |
| HIPODERMOCLISE E TERAPÉUTICA SUBCUTÂNEA | APOIO À FAMÍLIA: NECESSIDADES PSICO – EMOCIONAIS |
| CUIDADOS NA AGONIA | PROCESSO COMUNICATIVO/RELACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS |
| TRABALHO EM EQUIPA | APOIO NO LUTO |
| NECESSIDADES E INTERVENÇÕES ESPIRITUAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS | CONFERÊNCIA FAMILIAR |
| TERAPIA OCUPACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS | ASPETOS BÁSICOS DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS |
| INTERVENÇÃO DA MEDICINA FÍSICA DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS | QUESTÕES ÉTICAS EM FIM DE VIDA |

TOTAL 24 HORAS

MOD-35.02

Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus – Rua Professor Luís da Cunha Gonçalves, 5 – 1º Esq. 1600 826 Lisboa